VII kadencja

SEJM RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

KANCELARIA SEJMU
Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

■ **KOMISJI ZDROWIA**
(NR 171)
z dnia 14 stycznia 2015 r.

Pełny zapis przebiegu posiedzenia

Komisji Zdrowia (nr 171)

14 stycznia 2015 r.

Komisja Zdrowia, obradująca pod przewodnictwem posła **Tomasza Latosa (PiS)**, przewodniczącego Komisji, i posła **Macieja Orzechowskiego (PO)**, zastępcy przewodniczącego Komisji, zrealizowała następujący porządek dzienny:

– zmiany w składzie prezydium Komisji;

– uzupełnienie składu podkomisji stałej do spraw zdrowia publicznego;

– rozpatrzenie informacji na temat obecnej sytuacji w hospicjach w świetle pakietu onkologicznego.

W posiedzeniu udział wzięli: **Piotr Warczyński** podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Tadeusz Jędrzejczyk** prezes Narodowego Funduszu Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Marek Trosiński** wicedyrektor Departamentu Zdrowia w Najwyższej Izbie Kontroli, **Aleksandra Ciałkowska-Rysz** prezes Stowarzyszenia Hospicjum Łódzkie, **Mariusz Kocój** członek Zarządu Federacji Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie", **Michał Kozik** radca prawny w Zespole Radców Prawnych Naczelnej Izby Lekarskiej, **Danuta Miłkowska-Mendrek** przewodnicząca Krajowej Rady Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy, **Jadwiga Pyszkowska** prezes Polskiego Towarzystwa Medycyny Paliatywnej, **Maciej Sokołowski** przedstawiciel Porozumienia Hospicjów Dolnośląskich oraz lobbysta **Wojciech Wiśniewski** z Viewpoint Group.

W posiedzeniu udział wzięły pracownice Kancelarii Sejmu: **Małgorzata Siedlecka-Nowak** i **Maria Taurogińska-Kopeć** – z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Witam państwa bardzo serdecznie na posiedzeniu Komisji Zdrowia. Witam panie i panów posłów, pana ministra i pana prezesa ze współpracownikami oraz wszystkich zaproszonych gości.

Dzisiejszy porządek obrad obejmuje jeden punkt – rozpatrzenie informacji na temat obecnej sytuacji w hospicjach w świetle pakietu onkologicznego. Czy są uwagi do porządku obrad? Bardzo proszę, pan przewodniczący Orzechowski.

Poseł Maciej Orzechowski (PO):

Panie przewodniczący, ponieważ pani poseł Beata Małecka-Libera wskutek wyboru i decyzji pani premier jest jej pełnomocnikiem w Ministerstwie Zdrowia i opuściła skład Komisji i prezydium Komisji, a pan Jarosław Katulski jest wiceprzewodniczącym sejmiku w swoim okręgu, mamy dwa wakaty na funkcji wiceprzewodniczących Komisji Zdrowia. Chciałbym więc uzupełnić te wakaty przysługujące z parytetu Platformie Obywatelskiej o dwie osoby. Dlatego chciałbym wprowadzić zmianę w porządku obrad polegającą na uzupełnieniu składu prezydium Komisji Zdrowia, a także wyborze brakującej osoby do podkomisji stałej do spraw zdrowia publicznego, w której, również wskutek decyzji pani premier, pani poseł Beata Małecka-Libera już nie zasiada, żebyśmy mieli pełną obsadę obu tych ciał i mogli sprawniej pracować.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję. Czy są uwagi do tej propozycji? W takim razie, proponuję uzupełnienie porządku obrad o wybór dwóch członków prezydium Komisji Zdrowia oraz uzupełnienie o jedną osobę składu podkomisji do spraw zdrowia publicznego, a także wybór przewodniczącego czy przewodniczącej podkomisji dotyczącej zdrowia publicznego. Ten punkt

rozpatrzylibyśmy jako pierwszy, a następnie przeszli do zaproponowanego rozpatrzenia informacji.

Poseł Maciej Orzechowski (PO):

Dziękuję, panie przewodniczący. Chciałbym rekomendować panią poseł Alicję Dąbrowską i pana posła Czesława Czechyrę, osoby, które zasiadają w Komisji Zdrowia już drugą kadencję, uczestniczą aktywnie w pracach nad kolejnymi pakietami ustaw i w licznych podkomisjach. Chciałbym najpierw poprosić panią poseł i pana posła o zgodę na pełnienie funkcji wiceprzewodniczących, a następnie pana przewodniczącego o zarządzenie głosownia, tak, jak było dotychczas.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Czy pani poseł się zgadza? Czy pan poseł się zgadza? Dziękuję. Czy są jakieś zgłoszenia w tej sprawie? Nie widzę. W takim razie, zarządzam głosowanie.

Kto z pań i panów posłów jest za pozytywną rekomendacją tych osób na członków prezydium Komisji? Dziękuję bardzo. Kto jest przeciw? Kto wstrzymał się od głosu?

„Za" głosowało 15 osób, nikt nie głosował „przeciw", 4 osoby wstrzymały się od głosu. Serdecznie gratuluję wyboru na wiceprzewodniczących Komisji.

Przechodzimy do drugiej sprawy – uzupełnienia składu podkomisji stałej. Bardzo proszę, panie przewodniczący.

Poseł Maciej Orzechowski (PO):

Zanim zarekomenduję osobę do podkomisji stałej, chciałbym zaprosić państwa wiceprzewodniczących, którym gratuluję wyboru, do... Bardzo proszę, panie przewodniczący, może pan również zaprosić do stołu prezydialnego. Natomiast, jeśli chodzi o rekomendację, to rekomendowałbym do podkomisji stałej do spraw zdrowia publicznego panią poseł Lidię Gądek i poprosiłbym państwa o zebranie członków tej podkomisji w celu wyboru przewodniczącego podkomisji po zakończeniu posiedzenia Komisji albo w najbliższym stosownym momencie, kiedy będą państwo mieć kworum w podkomisji. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Jutro zbiera się podkomisja i będzie możliwość wyboru w pierwszym punkcie przewodniczącego podkomisji. Tak więc, przechodzimy do tej rekomendacji. Czy jest zgoda?

Poseł Lidia Gądek (PO):

Tak, zgadzam się. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Czy są inne głosy, propozycje w tej sprawie? Nie widzę zgłoszeń. Przechodzimy zatem do głosowania nad uzupełnieniem składu podkomisji.

Kto z pań i panów posłów jest za uzupełnieniem składu podkomisji? Dziękuję. Kto jest przeciw? Kto wstrzymał się od głosu? Nie widzę zgłoszeń.

Stwierdzam, że Komisja jednomyślnie uzupełniła skład podkomisji. Dziękuję bardzo. Gratuluję pani poseł. Gratuluję wcześniej wybranym członkom prezydium i zapraszam, jeżeli państwo mają ochotę, do zajęcia miejsc za stołem prezydialnym.

Przystępujemy do realizacji kolejnego punktu – rozpatrzenie informacji na temat obecnej sytuacji w hospicjach w świetle pakietu onkologicznego. Bardzo proszę, panie ministrze, o wprowadzenie.

Podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia Piotr Warczyński:

Bardzo dziękuję. Panie przewodniczący, szanowni państwo posłowie, bardzo dziękuję, że Komisja zechciała zająć się tym tematem, dlatego, że mamy okazję wyjaśnienia kilku rzeczy, a jednocześnie wysłuchania strony reprezentującej opiekę paliatywną i hospicyjną. Pozwoliliśmy sobie przekazać państwu materiał, którego nie chciałbym dzisiaj omawiać. On zawiera w sobie wszystko to, co aktualnie funkcjonuje w opiece długoterminowej. Myślę, że na temat finansowania i kontraktowania wypowie się później pan prezes Narodowego Funduszu Zdrowia. Ponieważ nie bez powodu temat tego posiedzenia Komisji, a więc opieki paliatywnej i hospicyjnej, został powiązany z pakietem

onkologicznym, chciałbym tylko odnieść się do tego i wyjaśnić pewne wątpliwości, które teoretycznie powinny wiązać ze sobą te dwa systemy.

Jak państwo wiedzą, pakiet onkologiczny został zaprojektowany, i aktualnie jest wdrażany, w celu wczesnego wykrywania, czyli szybkiej diagnostyki i podjęcia jak najszybszego i jednocześnie kompleksowego leczenia przyczynowego – tu wspominam o instytucji konsylium – czyli, de facto, zastosowania jak najbardziej aktualnych osiągnięć medycyny naprawczej. Wcześniejsze rozpoznanie oraz w odpowiednim czasie – oczywiście, jak najszybszym – podjęcie kompleksowego leczenia pozwala na znaczące zwiększenie odsetka skutecznych wyleczeń, i to zarówno w krótkotrwałej, jak i długotrwałej perspektywie. Takie podejście pozwala też traktować chorobę nowotworową tak, jak wiele innych chorób, które w części mają swój koniec jako całkowicie wyleczalne, a jednocześnie nowoczesna medycyna w wielu przypadkach pozwala na traktowanie choroby nowotworowej, która nie jest wyleczona do końca, jako przejście w chorobę przewlekłą. To jest bez wątpienia istotne osiągnięcie współczesnej medycyny i tego typu podejście pozwala w niektórych przypadkach normalnie funkcjonować w społeczeństwie przez kilka, kilkanaście, a w niektórych chorobach onkologicznych nawet kilkadziesiąt lat. Jednakże, jak państwo wiedzą, akurat w przypadku chorób nowotworowych dość duża część z nich nie kończy się sukcesem, nie daje się przekształcić w chorobę przewlekłą i ta część chorób po prostu nieuchronnie prowadzi do śmierci.

Jest to obszar opieki paliatywnej i hospicyjnej, którą pozwolę sobie zdefiniować jako opiekę – to słowo chciałbym podkreślić – i leczenie objawowe pacjentów chorujących na nieuleczalne, niepoddające się leczeniu przyczynowemu, postępujące, ograniczające życie choroby. Opieka paliatywna i hospicyjna ma na celu zapobieganie bólowi i innym objawom somatycznym oraz ich uśmierzanie, łagodzenie cierpień psychicznych, duchowych i socjalnych. Odnosząc się do ustawy o działalności leczniczej, ten rodzaj opieki jest definiowany jako sprawowanie wszechstronnej opieki psychologicznej, zdrowotnej i społecznej nad pacjentami znajdującymi się w stanie terminalnym oraz nad rodzinami tych pacjentów. Jak państwo zauważyli, definicja opieki paliatywnej i hospicyjnej dość szeroko wykracza poza zakres definicji medycyny naprawczej.

Ponadto należy pamiętać, iż opieką paliatywną i hospicyjną objęci są w Polsce pacjenci nie tylko chorujący na choroby nowotworowe. Statystyki wskazują, że dorośli pacjenci z rozpoznaniem onkologicznym stanowią od 70% do 90% chorych paliatywnych, natomiast w przypadku dzieci ten procent wynosi między 10% a 11%.

Właśnie z tych dwóch powodów, projektując pakiet onkologiczny nie włożyliśmy tego do tego projektu, który – podkreślam – świadomie objął przede wszystkim medycynę naprawczą, bo tam istotne są dwa elementy – szybkość rozpoznania i szybkość podjęcia kompleksowego leczenia. Mimo iż w opiece hospicyjnej przewaga pacjentów nowotworowych jest istotna, mamy tam również do czynienia z pacjentami, których dotykają inne choroby, nie zdecydowaliśmy się więc na razie – mimo rozważania tego i mimo zasadności kontynuacji z punktu widzenia chorób nowotworowych – na wprowadzenie tego rozwiązania z całą świadomością wiedzy o tym, że nielimitowanie chorych paliatywnych i hospicyjnych jest konieczne i nieuniknione.

Myślę, że będziemy jeszcze nad tym dyskutować. Mamy na to kilka pomysłów, nad którymi pracujemy. Natomiast, w tej chwili konieczne są dwa elementy. Pierwszym z nich jest ewaluacja pakietu onkologicznego, czyli spojrzenie z pewnej perspektywy na ten pakiet, jak on funkcjonuje, jak jest realizowany, i wyciągnięcie stosownych wniosków tak, aby w najbliższym czasie skonstruować kolejne pakiety obejmujące, między innymi, choroby paliatywne i hospicyjne. To, że ten obszar nie znalazł się w pakiecie onkologicznym, nie znaczy, że w tej chwili nie należy nic robić w tym zakresie. Z naszego punktu widzenia istotne są trzy elementy, nad którymi pracujemy, ale chcielibyśmy, żeby te prace zostały wzmożone. To są takie trzy obszary.

Pierwszy – obszar wypracowania odpowiednich standardów postępowania medycznego. To jest zadanie i dla konsultantów, i dla stosownych towarzystw medycznych, natomiast minister zdrowia w prosty sposób może w rozporządzeniach koszykowych zaimplementować, ale tylko odnosząc się i wskazując, że te standardy należy stosować.

To pozwala na pewną elastyczność, dlatego, że te standardy mogą żyć, mogą być zmieniane, a nie są usztywnione w ramach regulacji legislacyjnych, czyli rozporządzeń.

Drugim takim obszarem, który wymaga dopracowania i z pewnością zmiany, jest obszar kwalifikacji do objęcia opieką paliatywną ze szczególnym uwzględnieniem pewnych mierzalnych kryteriów, które będą uprawniać dzieci i dorosłych do objęcia ich opieką. To jest zadanie wspólne zarówno Ministerstwa Zdrowia, konsultantów, jak i towarzystw. Tu jest niezbędna państwa wiedza merytoryczna.

I wreszcie trzeci obszar, o którym w dzisiejszej dyskusji na pewno będziemy mówić, dotyczy sposobu i wysokości finansowania opieki paliatywnej i hospicyjnej. W związku z tym, chciałbym przypomnieć państwu, że od 1 stycznia weszły w życie nowe rozwiązania. W ramach Agencji Oceny Technologii Medycznych została powołana i zaczęła funkcjonować Agencja Taryfikacji, której zadaniem jest stosowna wycena nowych procedur, ale również – i myślę, że w tej chwili jest to jedno z ważniejszych zadań tej Agencji – weryfikacja aktualnej wyceny procedur medycznych. Obecnie tworzona jest lista priorytetowych obszarów, którymi ta Agencja będzie się zajmować w pierwszej kolejności. Jak państwo wiedzą, tego jest bardzo dużo. Biorąc pod uwagę – jeśli się nie mylę – co najmniej 16 tys. procedur, które znajdują się w koszyku świadczeń zdrowotnych, jest to dość duża praca, natomiast opieka paliatywna i hospicyjna znajdują się w tych obszarach priorytetowych, nad którymi będzie pracować Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.

Panie przewodniczący, jeśli mógłbym oddać w tej chwili głos panu prezesowi...

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Tak, bardzo proszę. Panie prezesie, proszę o krótką wypowiedź...

Podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia Piotr Warczyński:

Dziękuję bardzo.

Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia Tadeusz Jędrzejczyk:

Panie przewodniczący, Wysoka Komisjo, ja bardzo krótko. Rocznie Fundusz opłaca opiekę 100 tys. pacjentów. Mamy dane za 2013 r. Oczywiście rok 2014 jeszcze nie jest zamknięty, więc tej kwoty nie jesteśmy w stanie w tej chwili podać.

Jeżeli chodzi o nakłady finansowe na opiekę paliatywną, one systematycznie rosną. W 2009 r. było to niecałe 260 mln zł, w 2010 r. – 275, w 2011 r. – 274, w 2012 r. – 331, a w 2013 r. – 352 mln zł. W roku bieżącym te nakłady kształtują się na poziomie 382 mln zł, aczkolwiek one się zwiększą, ponieważ umowy jeszcze nie są zamknięte i, tak jak w latach ubiegłych, większość oddziałów w większym lub mniejszym stopniu opłaci świadczenia ponad limit umowy. Czyli, ta kwota 382 mln zł nie jest jeszcze ostateczna. Ostateczną kwotę będziemy znać w kwietniu tego roku.

Tak, jak powiedział minister, działamy na podstawie ustawy i rozporządzeń. Sama opieka paliatywna jest realizowana w zakresie, który określa rozporządzenie tak zwane koszykowe w sprawie gwarantowanych świadczeń z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej. To powoduje pewne zróżnicowanie, że jeżeli chodzi o dorosłych, przeważają pacjenci onkologiczni, a jeśli chodzi o pacjentów dziecięcych, pacjenci onkologiczni są w przeważającej mniejszości.

Również jeśli chodzi o strategię naszego działania, staramy się przede wszystkim – i takie są zalecenia dla oddziałów wojewódzkich – rozszerzyć opiekę domową i ambulatoryjną, żeby pacjent dostawał tę opiekę w miejscu zamieszkania. Jest to związane przede wszystkim z komfortem pacjenta i z tym, że przez ostatnie chwile swego życia chce przebywać z rodziną. Natomiast w przypadkach i medycznych, i społecznych mamy oczywiście zakontraktowane stacjonarne formy. Podam, jak to mniej więcej wygląda liczbowo. 15 tys. osób – około 15% – korzysta z poradni medycyny paliatywnej, czyli z założenia pacjenci, którzy są w na tyle dobrej kondycji, że mogą z tych świadczeń korzystać. Ponad 50 tys. to pacjenci w hospicjach domowych i 30 tys. to pacjenci w hospicjach stacjonarnych. O wycenie pan minister już wspomniał, że w tej chwili...

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Czy pan prezes od razu mógłby uzupełnić swoją wypowiedź odnośnie do nadwykonań? A jeśli nie ma pan tych danych, to prosiłbym o ich przygotowanie do drugiej części dyskusji.

Prezes NFZ Tadeusz Jędrzejczyk:

W materiałach, które przekazaliśmy Komisji, rozpisane są one na oddziały, ponieważ dyrektor każdego oddziału wojewódzkiego ma kompetencje do zawierania umów i, powiem szczerze, że nie mamy podsumowania tych nadwykonań. Oczywiście, możemy to zrobić. Generalnie, tak zwane świadczenia pozalimitowe były finansowane od 70% do 100%, ale w każdym oddziale były różnice. Każdy oddział przyjmował własne zasady rozliczania świadczeń nadlimitowych. W większości oddziałów nadlimity były płacone. Przygotujemy się w trakcie posiedzenia Komisji i te dane oczywiście podamy.

I ostatnie zdanie. Oczywiście, kontrolujemy wykonanie świadczeń – przeprowadzono kilkanaście kontroli świadczeniodawców realizujących umowy. Najczęstsze spotykane nieprawidłowości to zbyt mała w stosunku do wymaganych liczba wizyt lekarskich lub pielęgniarskich jeśli chodzi o hospicja domowe, braki w dokumentacji, autoryzacji wpisów, czyli potwierdzenia, że świadczenie zostało wykonane, także niewykonanie umowy w zakresie serwisowania sprzętu i aparatury medycznej i czasem błędy w rozliczeniach i świadczeniach jednostkowych lub niezgodności personelu faktycznie wykonującego umowy ze wskazanym... Przedstawiłem krótko naszą działalność w tym aspekcie.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję. Szanowni państwo, zanim otworzę dyskusję, jeszcze dwie prezentacje. Określam czas na każdą z nich na 7-10 minut. Bardzo proszę, najpierw pan doktor. Proszę przedstawić się, powiedzieć, kogo pan reprezentuje.

Przedstawiciel Porozumienia Hospicjów Dolnośląskich Maciej Sokołowski:

Maciej Sokołowski. Witam, panie przewodniczący, szanowni państwo, panie i panowie posłowie. Reprezentuję Porozumienie Hospicjów Dolnośląskich. Prosimy państwa o pomoc w zapewnieniu dobrej opieki naszym pacjentom. Generalnie zgłaszamy dwa wnioski – o uznanie, na podstawie już obowiązujących przepisów, świadczeń z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej za nielimitowane oraz urealnienie wyceny świadczeń.

Opieka paliatywna jest aktywną, wszechstronną i całościową opieką nad pacjentem chorującym na nieuleczalne, postępujące choroby w końcowym okresie życia. Obejmuje również rodzinę.

Dzisiejszy stan prawny – jak już zostało tu powiedziane – to ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, i w szczegółach, zarządzenie prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Ogólne przepisy dotyczące praw pacjenta mówią, że pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej i jeżeli tego wymaga sytuacja, kłopot z dostępem do świadczeń, to również może być ustalona kolejność dostępu, czyli, tak naprawdę, można pacjenta ustawić w kolejce. Jednak ustawa o prawach pacjenta podaje również szczególne przypadki, kiedy jest wykluczone limitowanie świadczeń. Do tych przypadków należą stany zagrożenia życia i zdrowia – to jest art. 7 ust. 1 ustawy – oraz w przypadku porodu. Pacjentka również ma prawo do uzyskania świadczeń zdrowotnych związanych z porodem, i to też są świadczenia nielmitowane. Te świadczenia Fundusz finansuje w sposób nielimitowany.

Mamy natomiast w ustawie o prawach pacjenta art. 20, który został chyba pominięty. „Pacjent ma prawo do poszanowania intymności i godności, w szczególności w czasie udzielania mu świadczeń zdrowotnych". Prawo do poszanowania godności obejmuje też prawo do umierania w spokoju i godności. Pacjent znajdujący się w stanie terminalnym ma prawo do świadczeń zdrowotnych zapewniających łagodzenie bólu i innych cierpień. Prosimy o potraktowanie tego przepisu jako podstawy prawnej do tego, żeby świadczeń związanych z opieką nad pacjentem terminalnym nie limitować, ponieważ, niestety, dzisiaj te świadczenia są limitowane. Zarządzenie prezesa tylko w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej zawiera zapis mówiący, że pacjenta posiadającego skierowanie do umieszczenia w hospicjum stacjonarnym lub oddziale medycyny paliatywnej albo objęcia opieką w hospicjum domowym obejmuje się opieką lub wskazuje się

mu innego świadczeniodawcę właściwego ze względu na jego stan zdrowia lub miejsce zamieszkania.

My musimy przyjąć pacjenta. Nie możemy go odesłać. Jest to również element naszej umowy. Realia są takie, że świadczenia hospicjum domowego ze względu na dojazdy do pacjenta realizowane są przez hospicja najbliższe miejsca zamieszkania pacjenta. Tu nie ma w ogóle mowy o odesłaniu pacjenta pod opiekę innej placówki. Praktycznie wszystkie hospicja, zarówno stacjonarne, jak i domowe, przekraczają limity przyjęć ustalone z Narodowym Funduszem Zdrowia, ale, niestety, czujemy się w obowiązku tych pacjentów przyjąć. Jest to pewna schizofrenia – pomimo przedstawionych przepisów ustawowych i regulacji określonych w zarządzeniu prezesa, w umowach z Funduszem mamy określone maksymalne limity finansowania oraz kary w przypadku, kiedy nie zrealizujemy tych zapisów umów mówiących o braku możliwości odesłania pacjenta.

Podsumowanie tej części. Zapisy umowy o udzielanie świadczeń i limitowanie finansowania świadczeń przez Fundusz, w świetle regulacji ustawowych i przedstawionych przeze mnie zapisów, uważamy za sprzeczne z prawem. Uważamy, że Fundusz powinien finansować wszystkie świadczenia zrealizowane na rzecz pacjentów opieki paliatywnej i hospicyjnej. Nie jest konieczna nowelizacja ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej w części dotyczącej pakietu onkologicznego, ponieważ odpowiednie zapisy znajdują się od lat w ustawie o prawach pacjenta. Wystarczy zmiana zarządzenia pana prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, o co bardzo prosimy.

Jeśli chodzi o część drugą, czyli problemy w wycenie świadczeń, to już wiemy, że jest to około 380 mln zł rocznie. Stanowi to nieco powyżej 0,5% rocznego budżetu Narodowego Funduszu Zdrowia. Mamy pewien cud gospodarczy, ponieważ ceny świadczeń w opiece paliatywnej i hospicyjnej pozostają niezmienne od 2009 r., pomimo drastycznego wzrostu kosztów działalności, w szczególności cen paliw, poziomu wynagrodzeń itd. Tu widzą państwo, że ceny paliw wzrosły o 40%, minimalne wynagrodzenie o pracę o ponad 30%, średnie miesięczne wynagrodzenie w sektorze przedsiębiorstw o 25%, a cena płacona przez NFZ za nasze świadczenia pozostaje od wielu lat na tym samym poziomie.

Oczekiwane ceny osobodnia w Polsce w hospicjum stacjonarnym różnią się pomiędzy poszczególnymi województwami o 28%. W oddziale pomorskim jest to 190 zł za osobodzień, w oddziale dolnośląskim, który reprezentuję – 200 zł. Najwyższe wyceny, to oddziały śląski – 236 zł i łódzki – 244 zł. Nie wiemy, czym są spowodowane, z czego wynikają różnice, ponieważ obowiązki dotyczące jakości świadczeń w poszczególnych oddziałach są identyczne. Różnice stawek występują również pomiędzy podobnymi świadczeniami realizowanymi, na przykład, w oddziałach chorób wewnętrznych a finansowaniem podobnych przypadków leczonych w hospicjum. Hospitalizacja pacjenta z zapaleniem dróg moczowych na oddziale wewnętrznym – mniej więcej ośmiodniowy pobyt – to jest 3070 zł, a w hospicjum stacjonarnym – 1600 zł. Hospitalizacja pacjenta z powikłanym zapaleniem płuc, trwająca około 10 dni – oddział chorób wewnętrznych – 3740 zł, hospicjum stacjonarne – 2000 zł. Koszty świadczeń opieki stacjonarnej określone przez Szpital Uniwersytecki w Krakowie, Oddział Medycyny Paliatywnej, to 406 zł za osobodzień, natomiast w Szpitalu Wojewódzkim w Jeleniej Górze – 434 zł za osobodzień.

Wnosimy o uznanie, na podstawie już obowiązujących przepisów, opieki paliatywnej i hospicyjnej za świadczenie nielimitowane oraz urealnienie wyceny. Fundusz nie limituje przychodzenia na świat. Bardzo prosimy, żeby nie limitować również odchodzenia. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo za niezwykle zwięzłą, sugestywną i przejmującą prezentację, a jednocześnie pilne przestrzeganie czasu. Jestem za to bardzo wdzięczny. W międzyczasie jest przygotowywana kolejna prezentacja, prosiłbym więc jeszcze o krótką wypowiedź pana doktora.

Panie doktorze – proszę zmienić mikrofon – w swojej prezentacji pan pokazał, że ceny w hospicjach są na stałym poziomie, nie rosną. Wcześniej słyszeliśmy w wypowiedzi pana prezesa, że te kwoty w milionach złotych każdego roku są wyższe. W stosunku do ubie-

głego roku też jest o ponad 20 mln zł więcej niż było w roku ubiegłym. Czy mógłby pan wyjaśnić tę różnicę z pana punktu widzenia? Jak jest, skoro pan mówi jedno, a prezes drugie?

Przedstawiciel Porozumienia Hospicjów Dolnośląskich Maciej Sokołowski:

Proszę państwa, pan prezes oczywiście mówi prawdę, i to jest bardzo dobre działanie Narodowego Funduszu Zdrowia, że nakłady na opiekę paliatywną i hospicyjną rosną. Wynika to z tego, że obejmujemy opieką coraz więcej pacjentów, powstaje więcej placówek opieki paliatywnej i hospicyjnej i kształcimy stale nowych specjalistów opieki paliatywnej. Potrzeby w tym zakresie jeszcze nie są w pełni zabezpieczone, ale myślę, że tutaj pani powie o sytuacji Polski również na tle Europy.

My jesteśmy jednym z lepiej rozwiniętych krajów jeśli chodzi o opiekę paliatywną i hospicyjną. To były również informacje przedstawione na tej sali w 2013 r., ponieważ odbyło się specjalne posiedzenie, na którym Ministerstwo Zdrowia takie dane prezentowało. Natomiast, my chcielibyśmy być w takiej sytuacji, że mamy zapewnione finansowanie świadczeń. My dzisiaj realizujemy dużo więcej świadczeń niż z to wynika z naszych umów, ponieważ nie możemy odesłać żadnego pacjenta. Czujemy się zobowiązani, żeby tego pacjenta objąć naszą opieką i prosimy NFZ o to, żeby nam te świadczenia sfinansował. Często płacą – to prawda. Często oddziały wojewódzkie finansują nadwykonania, tylko dzieje się to po wielu miesiącach.

Oddział dolnośląski sfinansował połowę nadwykonań za pierwszy kwartał 2014 r. i obecnie przygotowuje się do sfinansowania reszty nadwykonań, które są mniej więcej na poziomie 20% świadczeń. W przypadku małych hospicjów prowadzonych przez Caritas, przez stowarzyszenia, są to kwoty rzędu 200-300 tys. zł w skali roku, gdzie brakuje pieniędzy na opłacenie pracowników. My nie mamy w hospicjach domowych wysokich kosztów stałych. Każdy dojazd do pacjenta to koszt zmienny. My musimy pokryć koszt wynagrodzeń pracowników, zapłacić za benzynę. Czyli, prawdą jest to, że zarówno nakłady na ten zakres świadczeń, jak i wycena pojedynczego świadczenia, nie uwzględnia sytuacji gospodarczej Polski. Dlatego pozwoliłem sobie na to określenie „cud gospodarczy".

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Jeszcze raz dziękuję za tę naprawdę świetną prezentację. Widzę, że druga jest gotowa. Bardzo proszę, pani profesor. Proszę się przedstawić.

Prezes Stowarzyszenia Hospicjum Łódzkie Aleksandra Ciałkowska-Rysz:

Witam państwa bardzo serdecznie. Panie przewodniczący, szanowni państwo, nazywam się Aleksandra Ciałkowska-Rysz. Przez 6 lat, do czerwca tego roku, byłam konsultantem krajowym, a jednocześnie, jako pracownik Uniwersytetu Medycznego, zajmuję się medycyną paliatywną. Jednym z moich działań są publikacje w zakresie organizacji opieki paliatywnej.

Chciałabym powiedzieć – mam troszeczkę mało czasu... Pierwszy slajd jest o tym, jak to się zmieniało w ciągu ostatnich lat jeśli chodzi o liczbę jednostek. Właśnie dzięki tej wysokiej liczbie jednostek, ale bez oceny jakościowej, uzyskaliśmy wysoką pozycję w Europie. Czyli, zwracano uwagę nie na to, na przykład, jaką liczbą pacjentów zajmują się poszczególne hospicja, tylko na liczbę hospicjów. Zatem, być może w przypadku niektórych jest to troszkę przekłamane, niemniej jednak fatycznie cały czas jesteśmy w grupie o najwyższym rozwoju opieki paliatywnej, jakkolwiek wnioski wszystkich organizacji europejskich, jak i Parlamentu Europejskiego mówią o tym, że cała opieka paliatywna nie spełnia potrzeb ludności Europy. Tak więc, jak każde inne państwo, mamy w tym zakresie duże potrzeby.

Jeżeli chodzi o opiekę stacjonarną, widzimy wzrost liczby jednostek, ale już od 2012 r. jesteśmy praktycznie na tym samym poziomie, dlatego, że nikt nie utworzy jednostki, która się nie opłaca i której nie można utrzymać. Hospicja domowe – tu jest pewien wzrost, ale od 2011 r. do 2014 r. jest on niewielki. Hospicja domowe dla dzieci – nie będę rozwijać tego tematu, bo jest ich za dużo. Było założenie, że w województwie jest jedno hospicjum lub dwa. Chciałabym natomiast zwrócić uwagę na poradnie, właśnie w kontekście pakietu onkologicznego.

Co widzimy w przypadku poradni? Poradnia to coś, co powinno być jak najbardziej dostępne z punktu widzenia pacjenta, a szczególnie onkologicznego, który do tej poradni może dojść. Z roku na rok liczba tych poradni spada i praktycznie mamy spadek o 1/3 między rokiem 2013 a rokiem 2014.

Struktura wiekowa pacjentów w opiece paliatywnej. Ponad 90% to osoby po 50 roku życia, przy czym dzieci stanowią około 2%, więc to nie jest właściwie świadczenie dla dzieci, jeżeli mówimy o szerokiej grupie pacjentów.

Jeżeli chodzi o nakłady, ponieważ wiem, że państwo reprezentują swoje okręgi wyborcze, chciałabym państwu przedstawić dane z 2013 r., bo co roku robię takie dokładne sprawozdania. Żeby było sprawiedliwie, podzieliliśmy ilość pieniędzy przeznaczoną na jednego mieszkańca. Jak państwo na pewno widzą, w województwach warmińsko-mazurskim, kujawsko-pomorskim czy wielkopolskim, pacjent będzie mieć zupełnie inne świadczenie z zakresu opieki paliatywnej niż w województwie zachodniopomorskim, lubuskim czy nawet mazowieckim.

Jeżeli chodzi o poszczególne świadczenia, to też będzie się kształtować bardzo różnie, bo w niektórych przypadkach, na przykład, podział w obrębie danego województwa jest nierówny, natomiast najczęściej wynika on z tego, że w danym województwie jest tych świadczeń mniej niż w innych. Zachodniopomorskie zawsze jest na szarym końcu. Na przykład, w przypadku opieki stacjonarnej średnia różnica wynosi 4,40 zł, ale w województwach małopolskim czy opolskim jest to ponad 6 zł, a w zachodniopomorskim 2 zł, czyli trzy razy więcej.

Hospicja domowe dla dorosłych. Tutaj widać tę dysproporcję. Jeśli w przypadku opieki stacjonarnej w województwie małopolskim były największe nakłady na opiekę stacjonarną, to na opiekę domową są bardzo małe. W przypadku dzieci, też. Tak jakby w Małopolsce było wyjątkowe zapotrzebowanie na opiekę paliatywną dziecięcą, bo jest ona wielokrotnością tego, co jest w innych województwach.

Natomiast poradnia, to jest kuriozum. Nie wiem, czy coś się zmieniło, ale w 2012 r. na Podkarpaciu na funkcjonowanie jednej poradni – bo była tylko jedna poradnia w całym województwie – przeznaczone było 8 tys. zł na cały rok. Niech państwo sobie wyobrażą, jak można utrzymać poradnię, jeśli trzeba zapłacić za lokal, za personel i przyjąć pacjentów. Tak to wygląda.

Myślę, że sytuację możemy ocenić na podstawie tego, jak to wygląda, czyli generalnie są województwa, gdzie ta opieka jest super, i naprawdę jest duży dostęp, nie ma kolejek, a są województwa, gdzie na opiekę domową czeka się 3 miesiące.

A teraz, w kontekście pacjenta onkologicznego. Pacjent przechodzi przez wspaniały okres diagnostyki i nagle styka się z taką sytuacją – niestety, bardzo nam przykro, nie może pan być leczony ani chirurgicznie, ani chemią, ani radioterapią. W związku z tym, właściwie powinien mieć czwarty rodzaj – leczenie objawowe, czyli opiekę paliatywną, a on na tę chwilę dostanie informację, że czas oczekiwania na tę opiekę to 3-4 miesiące, a jednocześnie na leczenie onkologiczne, które jest wielokrotnie droższe, bo to są olbrzymie nakłady, dostaje się praktycznie od razu. Myślę więc, że to jest taki sposób wyjaśnienia, że dla tych pacjentów, którzy przejdą przez pakiet onkologiczny, trzeba to poprawić, że oni, jeżeli system nie będzie mógł im zaproponować... a nie będzie, bo 50% naszych pacjentów, którymi się opiekujemy, nigdy nie było leczonych onkologicznie... Nie wiem, czy państwo mają tego świadomość, bo ja wielokrotnie słyszałam, że to jest niemożliwe. Jest możliwe, bo my o tym wiemy. Po prostu, nie jest tak... Ci pacjenci nie kwalifikowali się do leczenia, bo byli za późno zdiagnozowani lub mieli bardzo dużo obciążających chorób, które ich dyskwalifikowały, a może niektórzy, uzyskując informację, że jest to leczenie bardzo obciążające i niedające pewności, nie zgodzili się na to leczenie, bo mają takie prawo. Pacjent ma prawo nie zgodzić się. Myślę więc, że taki pacjent, który przejdzie przez ten pakiet, powinien mieć również prawo dostania się w tym momencie bez kolejki do opieki paliatywnej.

Natomiast, jeżeli chcielibyśmy dalej coś mówić, to dane, które posiadamy, wskazują, że 90% dorosłych pacjentów objętych opieką paliatywną to są pacjenci onkologiczni... Nie 70%. Myślę, że nawet więcej. Tak więc, oczywiście możemy zrobić limitowanie, że dla pacjentów, którzy nie są onkologiczni, niech ta kolejka będzie, ale ci, którzy przejdą

tę diagnostykę, niech się dostaną. Natomiast, takie proste postulaty... My to mamy wszystko opracowane, bo to nie jest tak, że my tu prosimy o jakieś długie zastanowienie się, co mamy zrobić. My to wszystko wiemy, jak poprawić finansowanie oddziałów stacjonarnych. Ich nie ma dlatego, że są drogie. A co zrobić, żeby ich było więcej bez żadnych zmian ustawowych? Tutaj ukłon w stronę pana prezesa.

Można było dofinansować żywienie w obrębie oddziałów medycyny paliatywnej bez naszego postulatu. Nie występowaliśmy o to. Jednak ktoś wprowadzał żywienie w całej Polsce, więc nagle dostaliśmy informację, że u nas także jest żywienie. OK., cieszymy się, natomiast na tej zasadzie bardzo byśmy prosili, żebyśmy mogli mieć sfinansowane, na przykład, przetaczanie krwi, bo w tej chwili muszę z mojego oddziału przenieść pacjenta do innego oddziału, żeby ten pacjent, który ma prawo do przetoczenia krwi, to przetoczenie uzyskał. Jeżeli jest to w jednym oddziale, to przynajmniej pacjent nie cierpi, ale jeżeli jest to hospicjum stacjonarne, które nie ma innego oddziału, to on musi być przetransportowany, a ma, na przykład, rozsianego szpiczaka, ma przerzuty do kości i jest cały połamany. Tu liczy się koszt transportu, bo krew i tak będzie przetoczona. Nie jest tak, że jej nie przetoczymy, bo jeśli mamy wskazanie lekarskie – przetaczamy krew, to ją przetoczyć musimy. W związku z tym, to się odbędzie. Będzie taniej, jeżeli my to zrobimy, bo będzie to ograniczenie kosztu o koszt transportu, i dla nas również będzie lepiej, bo wypisując pacjenta na jeden dzień tracimy, dlatego, że mamy specyficzny sposób rozliczenia. Pierwszy i ostatni dzień jest liczony jako jeden dzień. Czyli, jeżeli wypisuję pacjenta na przetoczenie i następnego dnia go przyjmuję, to tracę. Czyli, praktycznie, przy tych już bardzo skąpych środkach finansowych, ten pacjent przebywa u nas jedną dobę za darmo. Oczywiście, jest trochę więcej tych procedur, które moglibyśmy zrobić u siebie, i byłoby taniej.

Jeżeli chodzi o poradnie medycyny paliatywnej, państwo zauważyli dramat tej poradni, a taka poradnia mogłaby – tu ukłon w stronę ministerstwa – rozwiązać połowę problemów dotyczących kolejek do onkologów. Dlaczego? Dlatego, że lekarz specjalista medycyny paliatywnej to jest lekarz, który ma dwa miesiące szkolenia z onkologii. On ma staże na onkologii i ma kurs z onkologii. Czyli, jest to osoba, która w poradni w każdym powiecie... Pacjent z powikłaniami onkologicznymi, który wrócił między jedną chemią a drugą, może zgłosić się do nas. Nasz postulat, który został przygotowany jako podsumowanie prac zespołu, który był powołany przez panią minister Kopacz, mówi o zmianie poradni medycyny paliatywnej w poradnię medycyny paliatywnej i leczenia wspomagającego w onkologii. Wówczas możemy zająć się pacjentem z bólem, bo taki pacjent w każdej chwili może mieć ból, nie tylko wtedy, kiedy on już trafia do medycyny paliatywnej. Jego boli również wtedy, kiedy jest leczony onkologicznie. Samo leczenie onkologiczne daje bardzo wiele bólu i pacjent powinien gdzieś blisko mieć takie miejsce, do którego się zgłosi. Mamy gotowe postulaty, tylko prosimy, żeby ktoś z nami zaczął rozmawiać i troszkę to zmienił.

Dlaczego sytuacja poradni tak fatalnie wygląda? Dlatego, że poradnia jest finansowana w postaci porady, niezależnie od tego, co my w niej zrobimy. Jest to od 25 zł do 37, w zależności od województwa, przy czym ta poradnia ma również realizować wizyty domowe. Proszę więc sobie wyobrazić, czy można za 25 zł wykonać wizytę domową jadąc do pacjenta, a może to być odległość 30 km.

Tak więc, jako środowisko medycyny paliatywnej mamy opracowane gotowe rozwiązania, ale zawsze byliśmy na końcu. W tej chwili po prostu byśmy postulowali, żeby zwrócić na nas uwagę. Może Agencja Taryfikacji, która zacznie działać, ponieważ mamy zrobionych bardzo wiele rzeczy, również wyliczone koszty, zaczęłaby tę wycenę od nas. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo za tę też bardzo ciekawą wypowiedź. Otwieram dyskusję. Panie prezesie, jeżeli pan pozwoli, od razu na początek powiem jedną rzecz, bo być może pan uzupełni swoją wypowiedź. To jednak jest problem tego, o czym państwo mówili, czyli limitowania tych procedur, a w związku z tym, i finansowania, jak mi podpowiada z boku koleżanka. W związku z tym, możemy mieć za chwilę następujące rozwiązanie tego

problemu. Pacjenci, którzy czekają w kolejce do hospicjum, są, na przykład, na onkologii, za którą się płaci – bo do tej pory wszystko było limitowane, również w onkologii – będą po prostu dłużej przebywać w klinikach czy oddziałach onkologicznych czekając na wolne miejsce w hospicjum, ponieważ tam są limity. Pacjenci, na szczęście, nie zostaną zostawieni bez opieki, ale jednak, nawet z punktu widzenia czystej ekonomii i racjonalności postępowania, będzie podjęta decyzja nienajlepsza i nie najmądrzejsza. Wydaje się, w związku z tym, przy otwarciu pakietu onkologicznego, że jeżeli przyjmiemy to założenie, że to wszystko będzie nielimitowane i rzeczywiście, kiedy za rok tu się spotkamy, okaże się, że wszystko jest zapłacone, to można powiedzieć tak – w interesie całości systemu jest to, aby jednak hospicjom również to nielimitowanie wprowadzić. Dlatego, że – jak powiedziałem – zakładam, że żaden lekarz onkolog nie wypisze do domu pacjenta, którego powinien skierować do hospicjum, żeby czekał trzy miesiące, tylko go przetrzyma – ma za to zapłacone – i tyle.

Jeżeli pan prezes na gorąco chciałby się do tego odnieść, to bardzo proszę, a jeśli nie, to otwieram dyskusję. Zgłoszeń było kilka. Pierwszą osobą, która się zgłosiła... Pan prezes chciałby od razu. Bardzo proszę.

Prezes NFZ Tadeusz Jędrzejczyk:

Może od razu powiem kilka rzeczy, żeby uzupełnić i podać precyzyjne dane. Zacznę od może najmniej istotnej. Wycena porady – sprawdziliśmy – jest od 31 zł – to najniższa wycena porady – do 48 zł. Tak wygląda ten przedział. Tak wynika z kontraktów, które mamy zawarte. To jednak jest kilkanaście procent więcej. Oczywiście, jak była mowa, Agencja Oceny Technologii Medycznych będzie się tą sprawą zajmować.

I druga, istotniejsza, to czas oczekiwania. Mamy zebrane dane. Oczywiście, zdarzają się w poszczególnych województwach sytuacje, że jest to niezadowalające. Na przykład, mamy średni rzeczywisty czas oczekiwania w przypadku pacjenta stabilnego 7 dni w skali kraju, jeśli chodzi o pacjentów oczekujących do hospicjów stacjonarnych i 1 dzień w przypadku pilnym, przy czym 80% poradni zgłasza, że przyjmuje pacjentów na bieżąco. Podkreślam, że to wynika ze sprawozdawczości podmiotów, które realizują kontrakty. Podobnie jest w innych zakresach – to państwo mają w materiałach.

Nie mówię, że wszędzie jest idealnie, bo oczywiście tak nie jest i w niektórych województwach, a szczególnie powiatach, należałoby to poprawić. Natomiast tutaj limitem jest również liczba specjalistów, którzy mogą podjąć pracę w ramach tych kontraktów. Natomiast, czas sprawozdany do nas jest lepszy niż w innych zakresach świadczeń.

Miałem jeszcze powiedzieć o... Tak, dokładnie. Kwestia zasadnicza – jak państwo doskonale sobie z tego zdają sprawę, mamy limitowane przychody w postaci składek i prezes Funduszu nie ma możliwości, żeby przychody również elastycznie zwiększać na każdy wydatek. W związku z tym każde nielimitowane świadczenie jest ograniczone regułami zawartymi w ustawie czy w rozporządzeniach ministra zdrowia lub szczegółowych zarządzeniach. Jeżeli mielibyśmy o tym dyskutować, to musielibyśmy dyskutować również o sposobach kwalifikacji pacjentów do opieki paliatywnej i w zakresie świadczeń, które mamy wykonywać, bo sprawa przetaczania krwi jest dyskusyjna. Ona odbywa się na oddziałach. Jest to jednak forma leczenia, a czy opieka terminalna jest, czy nie jest, to jest do rozstrzygnięcia przez konsultantów i ostatecznie przez ministra zdrowia.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Panie prezesie, jest pan lekarzem. Hospicja – nie chcę używać innych przenośni i stosowanych określeń – to są jednak miejsca, gdzie się również leczy pacjentów, jeżeli ktoś zachoruje... Jeżeli jest infekcja, taka, czy inna, to przecież tego pacjenta się leczy. I podpowiadam, żeby było jasne... Jestem wdzięczny wszystkim koleżankom i kolegom, ponieważ postulat, żebyśmy zajęli się hospicjami padał z wielu klubów. I przy okazji pakietu onkologicznego, i niezależnie od pakietu onkologicznego wszyscy byliśmy zgodni, że trzeba się tym zająć, szczególnie w tej sytuacji, i szczególnie pilnie, w związku z tym. To wyszło chociażby przy omawianiu planu pracy Komisji. Szukajmy więc możliwie racjonalnych rozwiązań również od strony ekonomicznej. Ci pacjenci i tak będą objęci opieką medyczną, jeżeli poważnie traktujemy zniesienie limitów w onkologii. 90% tych pacjentów to pacjenci onkologiczni.

Panie prezesie, rozumiem, że jeszcze pan krótko i udostępniam głos koleżankom i kolegom. Bardzo proszę.

Prezes NFZ Tadeusz Jędrzejczyk:

Podkreślam, że ta konstrukcja, która wynika z kontraktowania opieki paliatywnej i leczenie, które odbywa się poza, wynika właśnie z tej logiki, czyli z rozporządzenia ministra dającego nam koszyk gwarantowanych świadczeń, które realizujemy poprzez kontrakt. W związku z tym, oczywiście, pacjenci, którzy są pod opieką paliatywną, są leczeni – są naświetlani w ramach szpitalnej radioterapii i otrzymują przetaczanie krwi w oddziale chorób wewnętrznych, a jeśli jest infekcja, trafiają do odpowiedniej opieki. Czyli, nie jest tak, że... Oczywiście, pozostawanie pod opieką paliatywną nie wyklucza korzystania z innych form leczenia. I to się odbywa. Nie mamy takich szczegółowych analiz, ale możemy je tu również pokazać.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo... Jeszcze w uzupełnieniu, ze strony naszych gości. Dobrze, bardzo proszę. Proszę bardzo krótko, a później otwieram dyskusję. Innym gościom też jeszcze oddam głos. Proszę.

Prezes Polskiego Towarzystwa Medycyny Paliatywnej Jadwiga Pyszkowska:

Ad vocem odnośnie do wszystkich wypowiedzi, które tutaj usłyszałam. Jako prezes Polskiego Towarzystwa Medycyny Paliatywnej – Jadwiga Pyszkowska – chciałabym państwu powiedzieć pewną rzecz, którą państwu w tej sali dwukrotnie przypominaliśmy.

Opieka paliatywna jest specjalistyczną opieką medyczną i niemedyczną. Różni się tym od opieki długoterminowej, którą absolutnie nie jest – a tutaj padło to określenie „opieka długoterminowa", i to jest też nasz stygmat... Powiem jeszcze, jaki jest drugi stygmat – źle wylicza się naszą pracę i stygmatyzuje się chorych, że nic nie potrzebują, tylko umierania.

Proszę państwa, opieka długoterminowa jest specjalistyczną opieką jednej pielęgniarki i nigdy opieka paliatywna nie była opieką długoterminową, i nie będzie. A dlaczego o nas tak się mówi? Dlatego, że w latach, kiedy powstawały kasy chorych, włączono nas do finansowania i rozliczania do opieki długoterminowej. Miałam okazję zapytać o to człowieka, który to wtedy układał – to było za czasów dyrektora Sośnierza – i on powiedział, „tak, bo w Exelu nie mieliśmy kolumny dla opieki domowej w „innej specjalistyce". I tylko dlatego opieka paliatywna została włożona do exelowskiego arkusza opieki długoterminowej. I to jest ten nasz stygmat, proszę państwa. Jednak w rozporządzeniu o specjalistyce nasze komórki resortowe są wymieniane jako specjalistyka. To jest poradnia medycyny paliatywnej, to jest zespół domowej opieki paliatywnej – bo tak powinien się nazywać, a nie hospicjum domowe – to jest oddział medycyny paliatywnej – a nie hospicjum stacjonarne, bo słowo „hospicjum" też stygmatyzuje. Otwiera decydentom w głowach takie myślenie – cóż oni tam potrzebują? Trochę kroplówki, dwa prześcieradła – jedno na dole, drugie na górze, na chorym, po zgonie.

Proszę państwa, specjalistyczna opieka paliatywna to jest zespół specjalistów. Lekarz specjalista, który musiał mieć przeszkolenie w dwóch specjalizacjach – w innej klinicznej i medycyny paliatywnej. A dlaczego? A dlatego, proszę państwa, że w medycynie naprawczej specjalista robi tak, panie ministrze, że jest coraz mniej objawów, a w medycynie paliatywnej jest tak, że im bliżej śmierci, tym jest więcej objawów, które trzeba u chorego kontrolować i koszty tej kontroli są bardzo drogie – między innymi, odleżyny, ból, duszność, zaparcia, obrzęki. Kto przeżył w rodzinie chorobę terminalną chorego, szczególnie chorobę nowotworową, to wie, że i leczenie przyczynowe – to niby naprawcze, ale często inwazyjne – i również postęp choroby, to jest ogromny obraz dramaturgii odchodzenia tego człowieka. Ci ludzie nie umierają jak Królewna Śnieżka. Ja to już w tej sali raz powiedziałam.

Proszę państwa, przepraszam za emocjonalną wypowiedź, ale to pomoże w zrozumieniu naszych wniosków. Zarząd Polskiego Towarzystwa Medycyny Paliatywnej w pełni popiera wnioski Porozumienia Hospicjów Dolnośląskich, które tu pan doktor przedstawił. Gratuluję panu!

Proszę państwa, epidemiologia chorób zaawansowanych, postępujących, prowadzących do kresu życia w Polsce wygląda tak. Rocznie umiera około 250 tys. osób, w tym tylko, albo aż – to już sobie państwo dodajcie – około 90 tys. na choroby nowotworowe, czyli 1/3. Zatem 2/3 chorych przyjmujemy z łaski, bo jesteśmy tak bardzo obciążeni chorymi z chorobą nowotworową. Jeśli przyjmiemy chorego z dłuższą chorobą przewlekłą, ale też w terminalnym stanie, to jesteśmy „zatkani".

My się rozwijamy. Nas jest coraz więcej, a słyszę w środowisku, że w urzędzie wojewódzkim nastąpiła rejestracja jednostki opieki paliatywnej, a pieniędzy nie dostaną, bo w tej miejscowości nie ma chorych umierających, nie ma potrzeby, bo nie mają pieniędzy.

Mówią tutaj państwo z Narodowego Funduszu Zdrowia, że nie mają pieniędzy. Ja wiem, że nie macie pieniędzy, ale trzeba znaleźć system, żeby pieniądze dla nas się znalazły. Nie więcej pieniędzy, tylko zmienić system...

I kończąc, proszę państwa, powiem, że leczenie objawowe, według definicji, którą pan minister tu przedstawił... Cieszę się, że w tej definicji nie było słowa „hospicjum", bo to jest *„palliativ care"*, która może być realizowana w hospicjum, w zakładzie zdrowotnym itd. Hospicjum to jest formacja. To jest postawa bezinteresownego wolontaryjnego chodzenia do pacjentów. To nie jest program medyczny, ale niech będzie. Nazywajmy to też w Polsce historycznie opieką hospicyjną.

Proszę państwa, leczenie objawowe powinno się rozpocząć jako *palliativ care* – to przyszło do nas z Europy i to jest w świecie – w okresie rozpoznawania choroby, która może być zaawansowana, dlatego, że pacjent, który cierpi, nie będzie się dobrze leczyć przyczynowo. Są na to dowody kliniczne z immunologii, psychoonkologii itd., itd. I pakiet onkologiczny – powiedziałam to w innym miejscu – nie pomoże chorym. Przyjdą do opieki paliatywnej wcześnie, jeżeli onkolodzy obciążeni pracą rozpoznawczą, procesem diagnostycznym i terapeutycznym nie będą mieć czasu na zajmowanie się pacjentem paliatywnie, czyli objawowo. To jest Europa – opieka paliatywna jest już wdrażana jako ambulatoryjna opieka. I to nie jest żadna łaska. To jest standard medycyny współczesnej, XXI wieku – nie opuścić pacjenta, który cierpi. Ty się zajmuj leczeniem przyczynowym, a ja mu pomogę. Tak powinno być, bez łaski. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję, pani profesor. Szanowni państwo, widzę, że emocje są duże. Darujmy też sobie wyrażanie tych emocji brawami, wystarczy, że będzie to odpowiednio przedstawione w wypowiedziach. Porządek, który zwyczajowo obowiązuje w Komisji, został trochę zaburzony ze względu na te prezentacje, ale teraz do niego wracamy. Zatem, w tej chwili przejdziemy do pytań ze strony parlamentarzystów, a później ponownie oddamy głos zaproszonym gościom. Za chwilę będę musiał przekazać prowadzenie posiedzenia Komisji panu posłowi Orzechowskiemu, a teraz osobą, która zabierze głos, jest właśnie pan poseł Orzechowski. Bardzo proszę.

Poseł Maciej Orzechowski (PO):

Panie przewodniczący, Wysoka Komisjo, szanowni goście, powiem krótko, chyba żadna z osób, która nie zetknęła się z chorobą nowotworową w najbliższym otoczeniu, czyli rodzinie, nie wie, jaka to dramatyczna i bardzo przykra choroba dla osoby chorej, ale i dla otoczenia. A ponieważ dotyczy to 1/3 osób, które umierają w ciągu roku, nie życzę tego nikomu, ale pewnie ktoś z nas wcześniej lub później z tym się spotka.

Wchodzi pakiet onkologiczny, który daje szansę, bo, z jednej strony, ma zaoszczędzić środki na szybszej diagnostyce i mniejszych kosztach leczenia wcześniej wykrywanych nowotworów z taką czy inną remisją, czy wyleczeniem. Z drugiej strony, jest też grupa pacjentów – to właśnie pacjenci hospicyjni. I konkretne pytanie do pana prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia o te różnice w wysokości środków przeznaczonych na opiekę hospicyjną pomiędzy oddziałami NFZ. Są tam dysproporcje rzędu dwudziestu kilku procent.

Drugie pytanie. Skoro udało się wprowadzić żywienie, to które z tych postulatów prezentowanych przez środowisko, takie jak przetaczanie krwi, można jeszcze w miarę sprawnie wprowadzić? Otóż, doskonale sobie zdajemy sprawę z tego, że kiedyś toczyliśmy boje o to, bo pacjenci, którzy mogli być leczeni respiratorem w domu, czy w warunkach ambulatoryjnych, trafiali na oddziały intensywnej terapii, gdzie leżeli przez długie

tygodnie, a koszty ponoszone przez Narodowy Fundusz Zdrowia były wielokrotnie wyższe. Kluczem – jak mówił pan prezes – wydaje się kwalifikacja do leczenia paliatywnego, ale myślę, że można gdzieś znaleźć złoty środek, żeby, z jednej strony, ta kwalifikacja nie nadużywała tej formuły, a z drugiej strony – przytoczone kwoty. Bo ci pacjenci wcześniej lub później, jeśli nie są objęci opieką hospicyjną, znajdą się na oddziale wewnętrznym, a w stanie terminalnym mogą się czasem znaleźć również na oddziale intensywnej terapii, tak trudni są to pacjenci. Chodzi o to, że wcześniej czy później NFZ i tak poniesie ten koszt, być może w zakresie świadczeń, które są nadwykonaniem na oddziale wewnętrznym, ale to nadwykonanie w niektórych przypadkach jest zapłacone.

Dlaczego więc możliwość zapłacenia takiego nadwykonania albo zwiększenia kontraktów na opiekę hospicyjną...? A jak obserwuję oddziały wewnętrzne, to są pacjenci na tyle trudni, że nie jest łatwo opiekować się nimi, o czym państwo mówili, bo pacjent w stanie terminalnym ma bardzo dużo schorzeń i nie wszyscy lekarze na oddziałach wewnętrznych, i również nie wszyscy lekarze rodzinni, którzy obejmują tych pacjentów opieką, są w stanie świadczyć im opiekę na tyle profesjonalną, żeby ci pacjenci mogli odchodzić w godny sposób. Wydaje mi się, że jeśli takie kroki, jakie pan prezes zrobił odnośnie do żywienia, można zrobić w kierunku tego środowiska, to gdy wcześniej czy później ktoś z nas się z tym spotka, będzie mógł powiedzieć – OK., dołożyliśmy jakąś cegiełkę, żeby ci pacjenci w godny sposób mogli odchodzić. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję. Następną osobą, która zabierze głos, jest pani poseł Mucha. Od razu powiem, zanim oddam prowadzenie posiedzenia Komisji panu przewodniczącemu Orzechowskiemu, że ze strony posłów zapisanych jest już do głosu siedem osób. Mamy to wszystko odnotowane. I chciałbym państwa zapewnić – myślę o gościach na dzisiejszym posiedzeniu Komisji – że na pewno za 2-3 miesiące będziemy wracać do pakietu onkologicznego. Jeżeli będziemy o tym dyskutować, mogą być państwo pewni, że niezależnie od konkluzji z dzisiejszego posiedzenia, wniosków i tego, jaki będzie ich efekt, będą państwo zaproszeni, żebyśmy mogli o tym ponownie rozmawiać. Bardzo proszę, pani poseł Mucha.

Poseł Joanna Mucha (PO):

Dziękuję bardzo, panie ministrze. Ja też króciutko, dlatego, że dwie kwestie, o które chciałam zapytać, poruszył już pan przewodniczący Orzechowski, więc nie będę powtarzać.

Natomiast muszę powiedzieć, że staram się przygotowywać do posiedzeń naszej Komisji, ale po raz kolejny mam z tym problem, bo ta informacja, która została nam przedstawiona, jest informacją, wobec rzetelności której można mieć wielkie znaki zapytania. Nie wiem, czy zastrzeżenia, ale znaki zapytania. Gdy przeczyta się całość, to dominujące jest wrażenie sprzeczności między różnymi danymi, które są podawane w różnych miejscach. Mam wrażenie, że te dane, które zostały podane przez wojewódzkie oddziały NFZ, były przyjęte kompletnie bezkrytycznie, bez żadnej analizy i stoją w sprzeczności z tym, co potem jest podane jako dane od pani konsultant. To jest więc ten problem.

Przejdźmy do konkretów. Na przykład – tylko dwie kwestie, żeby unaocznić, o co mi chodzi. Nie wiem, czy jest możliwe to, że czas oczekiwania w hospicjach domowych – jak podaje nam ministerstwo w swojej informacji – wynosi zero, a czeka ponad tysiąc osób. Jak to jest możliwe? Czy nikt nie spojrzał na te dane, które nam państwo przedstawiają? I odwrotnie – mamy taką daną, że liczba oczekujących w województwie dolnośląskim w hospicjach dla dzieci wynosi zero, a czas oczekiwania 27 dni. Niestety, mam poczucie sprawozdawczości, która jest przyjmowana bezkrytycznie i bezrefleksyjnie. I tego typu sprawozdawczość jest nam przekazywana. Ktoś chyba musi tę refleksję podjąć.

Dwie kwestie na koniec. Po pierwsze, dwa razy juz prosiłam o przedstawienie informacji na piśmie. Nie dostałam żadnej z tych informacji, mimo że dwa tygodnie już dawno upłynęły. Mam więc pytanie do ministerstwa, kiedy raczy odpowiedzieć na pytania, które zadawałam na poprzednich posiedzeniach Komisji.

I drugie pytanie, które nie dotyczy tematu, ale jest niezwykle istotne, a pan minister tę kwestię poruszył. Pan minister mówił o wyznaczaniu planu pracy dla Agencji Taryfikacji w AOTM. Chciałabym się dowiedzieć, jakie kryteria będą państwo stosować przy wyznaczaniu kolejności sprawdzanych procedur. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Maciej Orzechowski (PO):

Dziękuję bardzo, pani poseł. Kolejna osoba to pani poseł Zalewska.

Poseł Anna Zalewska (PiS):

Dziękuję bardzo. Państwo przewodniczący, Wysoka Komisjo, panie ministrze, panie prezesie, szanowni goście, bardzo się cieszę, że doszło do naszego spotkania na poziomie Komisji Zdrowia, dlatego, że wspólnymi siłami, niestety, nie tylko rozporządzenie i zarządzenie prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia – bo on ma zwyczaj zmieniać zarządzenia co dwa tygodnie... Myślę, że trzeba poważnie porozmawiać o zapisach ustawowych. Rzeczywiście – co podnosiliśmy podczas procedowania zmian w ustawie, kiedy dyskutowaliśmy o pakiecie onkologicznym i pakiecie ograniczenia kolejek – państwa w tych zapisach nie ma. I chcę państwa zmartwić, dlatego, że w tym nieszczęsnym sprawozdaniu, o którym mówiła również pani poseł Mucha, jest deklaracja następująca – „Ministerstwo Zdrowia rozważy ewentualnie rozszerzenie pakietu onkologicznego o opiekę paliatywną i hospicyjną w roku 2016”. To jest deklaracja podpisana w Ministerstwie Zdrowia. W związku z tym, co powiedział pan przewodniczący, zadeklarowaliśmy obywatelom i pacjentom, że zmonitorujemy pakiet onkologiczny, bo już słyszymy, co się dzieje w przychodniach i szpitalach.

Na dobrą sprawę, wszyscy państwa pacjenci w opiece paliatywnej powinni mieć w tej chwili wystawione karty pacjenta, to znaczy, w myśl ustawy – przepraszam, że użyję takiego sformułowania w stosunku do człowieka – powinni być zinwentaryzowani – bo Narodowy Fundusz Zdrowia mówi o pacjencie jako o liczbie, o statystyce – żeby móc posługiwać się tą kratą. I to jest pewnie jakaś furtka. Myślę, że moglibyśmy wspólnymi siłami spróbować w ten sposób negocjować z NFZ. Bo przypominam, że deklaracja ustawowa i ministerstwa jest jednoznaczna – że na każdym etapie leczenia onkologicznego pacjent otrzyma kartę pacjenta. Ja wiem, że to jest straszne, bo ten pacjent powinien teraz razem z rodziną trafić do POZ, bo nikt nie będzie chciał wystawiać karty pacjenta, dlatego, że nikomu się za to nie płaci. Płaci się tylko w POZ. Ja zalecam swoim przyjaciołom i znajomym, żeby, niestety, cofnęli się do POZ i jednak poprosili o onkologiczną kartę. To jest trochę gra, proszę państwa. Gra w odpowiedzi na lekceważenie pacjenta. Chcielibyśmy, żeby państwo też to rozważyli.

Natomiast, tak jak pan przewodniczący zadeklarował, my na pewno za jakieś dwa miesiące, kiedy skończy się 9 tygodni – bo w 9 tygodni po 1 stycznia, kiedy ruszył pakiet onkologiczny, mają być pierwsze diagnozy – musimy to zmonitorować. Dajmy również szansę wrócenia tych pacjentów, którzy są na różnych etapach leczenia onkologicznego, do lekarza pierwszego kontaktu, żeby oni też zostali zweryfikowani i mieli ową kartę pacjenta.

My będziemy wracać do ustawy. Przypominam wam – i o to pytanie do pana ministra i do pana prezesa, bo uczestniczyli w tych wszystkich negocjacjach, ale też w nerwowych posiedzeniach Komisji Zdrowia – padła deklaracja po podpisaniu dokumentu z Porozumieniem Zielonogórskim, że zaraz siadamy do dalszych negocjacji i będziemy weryfikować ustawę. Między innymi, ma być poruszona kwestia złagodzenia skierowań do okulisty i do dermatologa, a w tej chwili dermatolodzy już wiedzą, że pakietu onkologicznego po prostu nie wykorzystają. Wszystkie onkologiczne znamiona znikły z wyceny, jest tylko czerniak. Ileż czerniaków dermatolog w przychodni może zdiagnozować? Ale, to już jest poza państwa tematem i tym, co dla państwa ważne.

To jest pierwsza kwestia, że nie ma co mówić o zarządzeniu i rozporządzeniu. Jeżeli pan prezes byłby tak łaskawy, to oczywiście byłby to substytut i proteza do czasu zmiany ustawy, ale tam hospicja byłyby bezpieczne.

Pan prezes też mówi – my zawsze mamy sprzeczność z panem prezesem i pan prezes już się do tego przyzwyczaił, że zadajemy nieśmiertelne pytania dotyczące pieniędzy – że nie ma w systemie pieniędzy, a jednocześnie podaje, że pakiet onkologiczny będzie kosztować 1,1 mld zł. Oczywiście, mówi, że ma czas i kiedyś wprowadzi zmiany do planu finansowego – myślę, że około października, kiedy pieniądze będą się kończyć, bo tych pieniędzy nadal nie ma w planie finansowym Narodowego Funduszu Zdrowia...

Przewodniczący poseł Maciej Orzechowski (PO):

Pani poseł, ponieważ mamy bardzo długą listę pytających, prosiłbym konkludować...

Poseł Anna Zalewska (PiS):

W związku z tym, bardzo proszę pan prezesa, żeby odkrył chociaż kawałeczek metodologii liczenia pakietu onkologicznego. Ten 1,1 mld zł został jakoś poskładany, i chcę wiedzieć, czy tam chociaż w minimalnym stopniu hospicja były liczone.

Cieszę się z głosów profesorów, którzy podkreślają to, co rzeczywiście powinno być ważne dla pana prezesa i pana ministra Arłukowicza, który też o tym mówi. Mianowicie, choroby nowotworowe, które przede wszystkim są kwalifikowane do leczenia paliatywnego w ostatnim stadium, wynikają z dwóch faktów – nie tylko zmian cywilizacyjnych, i to jest jakby choroba cywilizacyjna, ale również starzejącego się społeczeństwa. Jeśli ktoś ma 89 lat, to ma różne choroby, w tym bardzo często zmiany nowotworowe.

Prosiłabym więc o wyjaśnienie tych wszystkich informacji i wstępną deklarację prezesa i pana ministra, która byłaby różna od daty 2016. Myślę, że wszyscy członkowie Komisji Zdrowia są pełni szacunku dla tego, w jaki sposób funkcjonują hospicja, naprawdę na granicy biedy. Przypominam, ilu wolontariuszy jest wokół hospicjów...

Przewodniczący poseł Maciej Orzechowski (PO):

Pani poseł, dajmy szansę pozostałym członkom Komisji na zadanie pytania, bo potem pan prezes nie będzie miał czasu odpowiedzieć...

Poseł Anna Zalewska (PiS):

...i oddziałów paliatywnych.

Przewodniczący poseł Maciej Orzechowski (PO):

Pani poseł, mamy salę do godziny 14.30 i napwqadę mamy długa listę pytających...

Poseł Anna Zalewska (PiS):

Panie przewodniczący, chciałabym poinformować, że nie było ustalenia dyscyplinującego posłów do określonego czasu wypowiedzi. W związku z tym, proszę mi nie przerywać, właśnie kończę.

W związku z tym, proszę państwa, wiemy, ile aniołów, ilu wolontariuszy, zakłady, ostatnio spółki miejskie, które na polecenie prezydentów albo polityków dokładają się do funkcjonowania hospicjów... Niech oni będą czymś ekstra dla hospicjum, natomiast to, co podstawowe, niech będzie zabezpieczone przez państwo, bo państwo, zgodnie z konstytucją, i wszystkimi możliwymi ustawami, odpowiada za zabezpieczenie świadczeń. Dziękuję panu przewodniczącemu.

Przewodniczący poseł Maciej Orzechowski (PO):

Bardzo proszę, pani poseł. W związku z sugestią pani poseł, ustalam limit wypowiedzi na 3 minuty. Bardzo proszę, pani poseł Kłosin.

Poseł Krystyna Kłosin (PO):

Dziękuję bardzo, panie przewodniczący. Na początek chciałabym podziękować panu ministrowi i panu prezesowi za to, że obserwujemy dynamiczny wzrost nakładów na leczenie paliatywne i hospicyjne. Wiem, że potrzeby w tym zakresie stale rosną i że te postulaty, które tutaj padły ze strony pana profesora i pani profesor, powinniśmy wszyscy bardzo głęboko rozważyć. I w kontekście tego, co zostało powiedziane, i w kontekście tego, co prezentowali zarówno pani profesor, jak i pan profesor, że pacjenci onkologiczni obecnie stanowią 90% pacjentów w placówkach paliatywnych i hospicyjnych... Tak, tak powiedziała pani profesor, że w niektórych hospicjach jest to 90% pacjentów. Chciałabym więc zapytać pana ministra, jak ocenia w tym kontekście nasycenie placówkami paliatywnymi w poszczególnych województwach. Czy są miejsca, gdzie jest ich zdecydowanie za mało?

Mając na uwadze sytuację demograficzną oraz wchodzący pakiet onkologiczny wydaje mi się, panie ministrze, że moglibyśmy się mocno zastanowić, w kontekście kosztów, o których tutaj mówiono, nad alokacją części pacjentów z oddziałów wewnętrznych do placówek hospicyjnych i tych pacjentów, którzy mają wskazania do opieki paliatywnej, żeby zapewnić im tę opiekę, żeby nie czekali na miejsca, jak teraz często się zdarza.

I moje pytanie – czy jest szansa na to, aby w kontekście pakietu onkologicznego pacjenci paliatywni i hospicyjni byli częścią tego ogniwa leczenia onkologicznego? I też pytanie – pytał już o to poseł Orzechowski – z czego wynikają różnice w wycenie świadczeń w poszczególnych województwach. Pan profesor zwracał tutaj uwagę na to, że cena świadczeń na oddziałach wewnętrznych jest dużo wyższa niż w placówkach hospicyjnych. Wydaje mi się, że to jest naturalne, ponieważ koszty stałe w szpitalach zawsze będą wyższe, i stąd biorą się różnice w ich wycenie. Jest to jednak przesłanka do tego, żeby ciężar leczenia pacjentów terminalnych przenosić do placówek hospicyjnych i żeby państwo mieli w tym zakresie większe możliwości i więcej środków, co w efekcie spowoduje przesunięcie kosztów i zmniejszenie ich w leczeniu szpitalnym.

I jeszcze w kwestii formalnej. Panie prezesie, brakuje w tym zestawieniu, w załączniku 1.1, całej strony dotyczącej liczby świadczeń. Nie mamy strony 2.2. Nie mamy w ogóle informacji dotyczących oddziałów mazowieckiego, opolskiego, podlaskiego, pomorskiego itd., w odniesieniu do świadczeniodawców oraz oddziałów, które zawarły umowę. Nie ma tych danych...

Przewodniczący poseł Maciej Orzechowski (PO):

Pani poseł, będę prosić o konkludowanie. Dziękuję.

Poseł Krystyna Kłosin (PO):

Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Maciej Orzechowski (PO):

Dziękuję bardzo za zmieszczenie się w limicie czasowym. Teraz pani poseł Hrynkiewicz, a następnie pani poseł Gelert. Bardzo proszę.

Poseł Józefa Hrynkiewicz (PiS):

Panie przewodniczący, panie ministrze, szanowni państwo, mam pytanie zarówno do pana ministra, jak i do pana prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Chcę, żeby państwo wyjaśnili, jakie kryteria zadecydowały o wyłączeniu z pakietu onkologicznego hospicjów onkologicznych. Tutaj podano wiele przykładów tego, że jest to działanie nieracjonalne ze względów...

Szanowni panowie, ja mówię do panów i oczekuję potem odpowiedzi. Jeśli więc można prosić pana ministra i pana prezesa, żeby skupili się na tym, o czym mówimy, to byłabym naprawdę wysoce zobowiązana. Podano tu wiele przykładów humanistycznych, pokazujących, że to jest nieprawidłowe działanie z punktu widzenia tego, co w lutym podkreślał pan minister Arłukowicz – jak pamiętam – czyli podmiotowego traktowania pacjenta. To, z jednej strony. A z drugiej strony – co przytoczyła tu pani profesor – jest to też nieracjonalne ze względów finansowych, a państwo przecież dbają o to.

Następne moje pytanie jest kierowane do pana ministra. Poza wolnym rynkiem w ochronie zdrowia, mamy jeszcze nadzór państwa. Mamy ministra, mamy wojewodę. Jak to się dzieje, że nie ma zakontraktowanych usług hospicyjnych w połowie powiatów województwa podkarpackiego? Czy ministerstwo zwracało na to uwagę? Czy ministerstwo zwracało się do wojewody podkarpackiego? Czy ministerstwo interweniowało, czy badało skutki takich kontraktów? Ja rozumiem, że można to stwierdzić, ale rozumiem też, że jest jakiś nadzór – takie mam przynajmniej wyobrażenie – nadzór ministra, nadzór państwa nad funkcjonowaniem systemu ochrony zdrowia. Bardzo proszę o wyjaśnienie.

Jednocześnie w tym samym województwie podkarpackim jest jedno z nielicznych hospicjów dziecięcych, dobrze prowadzonych przez podmioty niepaństwowe i niepubliczne, które boryka się stale z ogromnymi problemami finansowymi. Kto tym rządzi? Czy tu mamy do czynienia z racjonalnym, uporządkowanym działaniem? Dziękuję.

Przewodniczący poseł Maciej Orzechowski (PO):

Pani profesor, bardzo dziękuję za perfekcyjne zmieszczenie się w limicie czasowym. Pani poseł Gelert, i pan poseł Sprawka jako następna osoba.

Poseł Elżbieta Gelert (PO):

Dziękuję bardzo. Ja pewnie się powtórzę, ale mam pytanie do pana prezesa, co do tej pory decydowało o zróżnicowaniu stawki w stacjonarnej opiece hospicyjnej i kiedy możemy się spodziewać, że ta stawka zostanie ujednolicona, a przynajmniej zbliżona do średniej, bo faktycznie są bardzo duże różnice.

Natomiast do Ministerstwa Zdrowia miałabym takie zapytanie. Pan tu dość dużo mówił na temat tego, że w tej chwili należy postawić diagnozę, czyli, znowu 3 punkty. Te 3 punkty musimy przeanalizować. Opieka paliatywna i hospicyjna funkcjonuje w Polsce nie od roku, nie od dwóch lat, żeby ją diagnozować i oceniać, tylko od lat kilkudziesięciu i myślę, że można to zrobić dłużej.

A na zakończenie powiedział pan, że około 16 tys. procedur czeka na wycenienie, ponieważ pojawiła się Agencja Oceny Technologii Medycznych, która dopiero rozpoczcznie działanie. Jest więc pytanie, na którym miejscu i – o co pani poseł pytała wcześniej – jakie będą kryteria doboru. Które z nich będą wcześniej oceniane i kiedy, w związku z tym, opieka paliatywna będzie oceniana?

I następne pytanie – również do Ministerstwa Zdrowia, ale pośrednio do Funduszu. Była tu mowa o ewentualnych trzech ścieżkach leczenia. Czy faktycznie opieka paliatywna, jeżeli mówimy w ustawie o konsylium jako o ostatecznym elemencie, który dzieli leczenie onkologiczne... Przepraszam, to nie mój telefon dzwonił... Czy, jeżeli są te trzy ścieżki i jest konsylium, nie wprowadzić przynajmniej tego elementu, że jeżeli będzie ocena konsylium, że pozostaje wyłącznie leczenie paliatywne czy hospicyjne, to nie umieścić tego w pakiecie onkologicznym? Byłby to pierwszy krok, który by powodował, że ta opieka może być. Państwo mówią, że trzeba określić kryteria, ale znalazły się kryteria w przypadku leczenia stacjonarnego szpitalnego, gdzie przecież każdy oddział ma pakiet onkologiczny i ma pakiet zwykły, więc i tutaj można by wziąć pod uwagę kryterium najprostsze, jakim jest konsylium.

Jeszcze w nawiązaniu do wypowiedzi pana doktora odnośnie do tego cudu gospodarczego, cenowego, myślę, że to faktycznie jest cud, bo ta cena nie spadła tak, jak bardzo często wycena poszczególnych procedur. Tak więc, to też należy kwalifikować w kontekście cudu.

I pytanie do pani konsultant. Co należałoby zrobić, żeby tę... Mówili państwo, i wielkie gratulacje, że nasza opieka jest na bardzo wysokim poziomie, i w Europie faktycznie to widać, ale to niebezpieczeństwo spadania liczby poradni domowej opieki paliatywnej jest bardzo groźne. Wskazali państwo kilka dróg, ale może należałoby bardzo intensywnie popracować nad tym, co zrobić, aby dalej ta liczba nie ulegała obniżeniu, bo przecież jest to najtańsza opieka i jednocześnie leczenia. Czyli opieka domowa, opieka poradniana, jest o wiele tańsza. Wiadomo też, że nie należy zdejmować z rodziny opieki nad tymi pacjentami, a w tym przypadku można...

Przewodniczący poseł Maciej Orzechowski (PO):

Pani poseł, będę prosić o konkluzję.

Poseł Elżbieta Gelert (PO):

Dziękuję uprzejmie.

Przewodniczący poseł Maciej Orzechowski (PO):

Dziękuję. Teraz proszę pana posła Sprawkę, a następnie panią poseł Gądek.

Poseł Lech Sprawka (PiS):

Panie przewodniczący, szanowni państwo, jednym z trzech warunków bezpieczeństwa pacjentów jest zabezpieczenie finansowe. Jednak, żeby mówić o pieniądzach, trzeba mieć rzetelną informację. I tu prośba do pana ministra, i do pana prezesa, o wyjaśnienie łamigłówki. Otóż, przeanalizowałem w Biuletynie Informacji Publicznej Narodowego Funduszu Zdrowia, jak zmieniała się sytuacja w zakresie świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej od października 2014 r. Jest kilka dziwnych informacji.

Otóż, w zarządzeniu prezesa NFZ z 30 października, pozycja B 2.7 – opieka paliatywna i hospicyjna jest 377,441 mln zł. Następnie przesyła NFZ prośbę o zaopiniowanie zmiany planu finansowego do Rady NFZ, gdzie w załączniku – i to dzieje się 9 grud-

nia 2014 r. – jest projekt zmiany na 384,453 mln zł, a więc znaczący wzrost. Potem, 15 grudnia, minister podpisuje zarządzenie i w pozycji B 2.7 jest 375 mln zł, a więc kilka milionów mniej niż w planie finansowym w październiku. A żeby było jeszcze śmieszniej, to 17 grudnia Rada Funduszu pozytywnie opiniuje zmianę planu, który już został podpisany przez prezesa, ale z załącznikiem na kwotę o blisko 10 mln większą. Nie wiem, czy ktoś pomylił się pracując nad Biuletynem Informacji Publicznej, czy... Co tu się dzieje? A żeby było jeszcze ciekawiej, to w materiale pana ministra na str. 5 jest informacja, tabelka, że jest to oparte na planach finansowych, a jest tam kwota 382,703 mln zł.

Mam pytanie, panie prezesie, z jakiego planu finansowego jest kwota 382,703 mln zł. Jest to ważna odpowiedź, bo trzeba by to porównać z planem finansowym na rok 2015, gdzie jest kwota 384 ml zł. Jeżeli bowiem jest to kwota 382 mln zł gdzieś w ukrytym planie finansowym, to oznacza, że po uwzględnieniu nadwykonań, o których państwo piszą na str. 5, w planie finansowym już zmienionym w grudniu 2014 r. – co podkreślam – na rok 2015 praktycznie nie ma wzrostu środków, mimo wzrostu łącznej kwoty na świadczenia o około 1,33%. Stąd pytanie – dlaczego w związku z tym nie rosą w tej pozycji środki na opiekę paliatywną i hospicyjną?

Panie prezesie, panie ministrze, konkludując – skąd jest ta kwota 382,703, gdzie ją mogę znaleźć, w jakim dokumencie, i dlaczego, w związku z tym, nie ma wzrostu? Pragnę zwrócić uwagę na to...

Przewodniczący poseł Maciej Orzechowski (PO):

Panie pośle, proszę zmierzać do konkluzji...

Poseł Lech Sprawka (PiS):

...kwota w zmienionym planie na 2015 r. jest mniejsza o 41 tys. zł niż w załączniku, który opiniowała Rada Funduszu. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Maciej Orzechowski (PO):

Dziękuję bardzo. Pani poseł Gądek.

Poseł Lidia Gądek (PO):

Dziękuję bardzo. Panie przewodniczący – dziękuję, że wyjątkowo pan mnie uwzględnił w liście mówców, w przeciwieństwie do pana przewodniczącego Latosa – szanowni goście, większość pytań, które nasuwają się wielu osobom na tej sali, zostało już zadanych, dotyczących głównie różnic finansowania, ale na to będzie na pewno jedna kompleksowa odpowiedź.

Moje pytanie dotyczy kwestii zabezpieczenia kompleksowości świadczeń jeżeli chodzi o opiekę paliatywną i hospicyjną w kontekście tego, czy obecnie mamy przygotowane lub czy są na etapie opracowania plany zabezpieczenia świadczeń dla danych okręgów jednostek samorządowych i administracji na etapie województwa czy powiatów. Ponieważ dostępność do tych świadczeń w skali kraju różni się znacznie, trzeba to zdecydowanie zmienić, żeby dostępność zarówno do opieki hospicyjnej domowej, jak i stacjonarnej, była równa w całym kraju nie tylko odnośnie do finansowania, ale też dostępności i odległości.

Jest to duży problem, bo zapewne państwo w większości zdają sobie sprawę z tego, że opiekę paliatywną nad pacjentem w tak zwanej Polsce powiatowej, tak naprawdę, sprawuje lekarz rodzinny z pielęgniarką środowiskowo-rodzinną, nie mając żadnego dodatkowego finansowania. Jest to bardzo trudna sprawa, ponieważ często konsultacja zarówno z lekarzem poradni paliatywnej, jak i bardzo deficytową, jeśli chodzi o ilość, poradnią leczenia bólu, jest utrudniona lub wręcz niemożliwa. W związku z tym, do tego, aby była kompleksowo prowadzona opieka nad tym najbardziej cierpiącym i potrzebującym pacjentem, konieczne jest opracowanie planu dla poszczególnych województw, a nawet w mniejszych zakresach, dla powiatów. To jest niezmiernie ważne jednocześnie do określenia odpowiedniego finansowania. Ono nie zawsze musi być równe. Ono ma być relatywnie równe w stosunku do potrzeb, jeżeli chodzi o zagęszczenie, odległości itd.

Odniosę się jeszcze do jednej kwestii. Jeżeli mówimy o tym, że świadczenia onkologiczne czy świadczenia paliatywne miałyby być nielimitowane, to muszą być nielimitowane wszystkie. Nie możemy pacjenta, który zapadł na bardzo rzadką chorobę, cierpiącego i wymagającego opieki traktować inaczej niż tego, który cierpi z powodu choroby

nowotworowej. Nie możemy różnicować cierpienia. W związku z tym byłabym bardzo daleka od tego, żeby podciągać ten rodzaj opieki pod pakiet onkologiczny, bo to jest całkiem inna sprawa i należy do tego podejść bardzo delikatnie. To, że 90% tych pacjentów to chorzy onkologiczni – tak wynika ze sprawozdania – to prawda, ale pozostałe 10% cierpi czasem bardziej, a na pewno nie mniej. W związku z tym, musimy brać to pod uwagę.

I jeszcze jedno. Odniosę się *ad vocem* w związku ze sformułowaniem, żeby o kartę pacjenta onkologicznego zwracać się do POZ, bo lekarz POZ ma korzyść z wydania tej karty. Myślę, że nie tędy droga. Pakiet polega na tym, że na każdym etapie podejrzenia, diagnostyki i leczenia tego pacjenta... Jest zapisane w ustawie i w rozporządzeniach, kto ma obowiązek wydać tę kartę, a nie my, potencjalni pacjenci, mamy kogoś o to prosić lub tego żądać. Nie można cofać pacjenta...

Przewodniczący poseł Maciej Orzechowski (PO):

Pani poseł, proszę o konkluzję.

Poseł Lidia Gądek (PO):

Już będę kończyć. Nie można cofać pacjenta z AOS do POZ z prośbą o wydanie karty tylko dlatego, że temu lekarzowi może się to opłacić, a tamtemu się to nie opłaci. To jest paranoja w postępowaniu medycznym. Dziękuję bardzo. Tak nie może być, panie pośle.

Przewodniczący poseł Maciej Orzechowski (PO):

Dziękuję bardzo. Prosiłbym przenieść tę dyskusję do kuluarów, jeśli są pomiędzy państwem posłami... Panie przewodniczący, bardzo bym prosił...

Panie ministrze i panie prezesie, prosiłbym o możliwie krótkie i zwięzłe odpowiedzi. Na pytania, na które odpowiedź jest poza zakresem dostępnej dzisiaj wiedzy, poproszę odpowiedzieć po posiedzeniu Komisji Zdrowia w formie pisemnej. Prosiłbym tylko, żeby one docierały do posłów. Jednocześnie zachęcam panie i panów posłów, jeśli te odpowiedzi są niewystarczające, o składanie pytań do ministra zdrowia zarówno w sprawach bieżących, jak i zapytań i interpelacji poselskich, bo na nie udzielane są odpowiedzi w terminie przewidzianym regulaminem. Bardzo proszę, panie ministrze i panie prezesie. Następnie chciałbym wrócić do wystąpień zaproszonych na dzisiaj gości.

Podsekretarz stanu w MZ Piotr Warczyński:

Bardzo proszę, panie przewodniczący. Szanowni państwo, postaram się odpowiedzieć w kolejności na zadane pytania, choć część osób, które je zadały, już nie jest obecna na sali. Mam nadzieję, że wszyscy pozostali chętnie wysłuchają tych odpowiedzi.

Pani poseł Mucha pytała o sposób kwalifikacji tych świadczeń, które będą wyceniane w pierwszej kolejności przez Agencję Taryfikacji. Czyli, krótko mówiąc, nazywa się to, zgodnie z ustawą, planem taryfikacji. Taki plan jest obecnie ustalany. Szczerze państwu odpowiem, że w tej chwili są ustalane kryteria do tego planu, natomiast z oczywistych względów pewne obszary będą priorytetowe. Do nich należy bez wątpienia opieka paliatywna. Takim priorytetem jest również wycena świadczeń pediatrycznych czy pewnych świadczeń, które aktualnie uważane są za świadczenia przeszacowane. Nie ma więc w tej chwili jednoznaczności. Te kryteria na pewno będą różne. Oczekujemy, że Agencja, biorąc pod uwagę jej możliwości, dość szybko poradzi sobie z tą wyceną. Pewnie z wyceną wszystkich świadczeń do końca roku nie zdąży, natomiast, z naszego punktu widzenia, biorąc pod uwagę możliwości organizacyjne i finansowe, z większością powinna sobie poradzić, ale oczywiście będziemy to obserwować. Agencja sprawozdaje nam wszystkie postępy swojego rozwoju w ramach nowych regulacji ustawowych, które – przypominam – weszły 1 stycznia, więc od tego momentu, zgodnie z prawem, mogła zacząć je stosować i oficjalnie się organizować.

Pani poseł Zalewska mówiła o wydawaniu kart. Otrzymałem właśnie najświeższe dane – ponieważ podnosiła, że karty nie będą wydawane na poziomie leczenia szpitalnego i pacjenci będą wracać do POZ... Nie? Niemniej jednak myślę, że to są bardzo interesujące dane, więc pozwolę sobie je...

Przewodniczący poseł Maciej Orzechowski (PO):

Pani poseł, bardzo bym prosił o niezabieranie głosu bez zgłaszania się, bo pogłębiamy chaos.

Podsekretarz stanu w MZ Piotr Warczyński:

W tej chwili zostało wydanych łącznie 6749 kart. Ta liczba na pewno już nie jest aktualna. W POZ wydano 998 kart, w AOS – 1134, a w leczeniu szpitalnym – 6749. To są najświeższe dane... Przepraszam, ogólna liczba wszystkich jest 8881, i to będzie się zgadzać. W szpitalu 6749 i pozostałe liczby tak, jak państwu przedstawiłem.

W takim razie, ponieważ niedosłyszałem pytania pani poseł Zalewskiej...

Przewodniczący poseł Maciej Orzechowski (PO):

Panie ministrze, ponieważ są pytania z sali, prosiłbym jeszcze raz przedstawić te dane dotyczące kart, jeśli chodzi o POZ, AOS i szpitale. Zsumować wszyscy potrafią, więc nie ma problemu...

Podsekretarz stanu w MZ Piotr Warczyński:

Bardzo proszę. Łącznie nowych kart jest 8881. W POZ wydano 998 kart, w AOS – 1134, a w szpitalach – 6749.

Przewodniczący poseł Maciej Orzechowski (PO):

Dziękuję. Proszę kontynuować.

Podsekretarz stanu w MZ Piotr Warczyński:

Dziękuję bardzo. Czy pani poseł oczekuje jeszcze uzupełnienia?

Poseł Anna Zalewska (PiS):

Jeżeli pan przewodniczący łaskawie pozwoli, to tak, dopytam.

Przewodniczący poseł Maciej Orzechowski (PO):

Pani poseł, minuta.

Poseł Anna Zalewska (PiS):

Po pierwsze, panie ministrze, mówiłam o tym, że tylko w POZ jest mowa o 40 zł. Po drugie, moje rozważania prowadziły do tego, że pacjenci w hospicjum, czy będąc pod opieką paliatywną, również powinni mieć kartę pacjenta, czyli powinni wrócić... Bo są na określonym etapie – wprawdzie bardzo często terminalnym – leczenia onkologicznego. I chciałabym, żeby do tych rozważań pan minister się doniósł.

Podsekretarz stanu w MZ Piotr Warczyński:

Dziękuję. Jak państwo pamiętają – oczywiście, te osoby, które słyszały, co mówiłem na początku – podawałem przyczyny, dla których nie zdecydowaliśmy się na połączenie pakietu onkologicznego z bezlimitowym finansowaniem świadczeń paliatywnych. Podstawową przyczyną jest to, że medycyna paliatywna obejmuje nie tylko pacjentów onkologicznych. I to jest oczywiste. Wobec tego, nie możemy... To, co powiedziała słusznie pani poseł Gądek, że raczej należy rozważyć zbudowanie osobnego pakietu dla medycyny paliatywnej, który z oczywistych względów w pewnych częściach będzie się nakładać na pakiet onkologiczny. Natomiast, on musi...

Poseł Anna Zalewska (PiS):

Ale w szpitalu pan też nie ma... Pan ma tylko pacjentów onkologicznych...

Przewodniczący poseł Maciej Orzechowski (PO):

Pani poseł, mam prośbę – i to jest moja ostatnia prośba – jeśli pani poseł chce zabrać głos, dopytać pana ministra, proszę się zgłosić. Ja naprawdę jestem bardzo tolerancyjny.

Podsekretarz stanu w MZ Piotr Warczyński:

Pani poseł, oczywiście, możemy się różnić zdaniem. Pewnie efekt naszych poglądów byłby zbliżony, natomiast proszę przyjąć do wiadomości, że z naszego punktu widzenia powinny to być dwie osobne regulacje; de facto, dwa osobne produkty – to jest oczywiście brzydka nazwa, ale o to w gruncie rzeczy chodzi. Ze względów organizacyjnych i finansowania tego, dwa odrębne produkty finansowe.

Pani poseł Kłosin też pytała o te przyczyny. Właśnie w tej chwili je wyjaśniłem. Natomiast drugą z przyczyn jest podział całej medycyny na medycynę naprawczą i paliatywną. Jest to jednak mniej istotny argument, żeby tego nie łączyć, aczkolwiek jest to jeden z argumentów.

Pani poseł Hrynkiewicz również o to pytała, i w tej chwili właśnie podałem te przyczyny... Kryteria... Ale które, przepraszam...

Przewodniczący poseł Maciej Orzechowski (PO):

Panie ministrze...

Podsekretarz stanu w MZ Piotr Warczyński:

Kryteria Agencji Taryfikacji. Już odpowiedziałem...

Przewodniczący poseł Maciej Orzechowski (PO):

...mam wrażenie, że pan minister trochę zachęca do polemik. Prosiłbym odpowiedzieć tak, jak pan minister zrozumiał i ewentualnie poprosimy posłów o doprecyzowanie pytania... Do końca posiedzenia Komisji zostało nam 35 minut – na tyle mamy salę – a chciałbym jeszcze udzielić głosu zaproszonym gościom. Prosiłbym więc o zwięzłe odpowiedzi. Myślę, że jeśli chodzi o pakiet onkologiczny, to jeszcze wielokrotnie będziemy mieć okazję o to spytać. Posłowie mają też narzędzia do pytania resortu zdrowia i pana prezesa, które już wcześniej wymieniłem. Chciałbym, żeby to posiedzenie Komisji przebiegało sprawnie.

Podsekretarz stanu w MZ Piotr Warczyński:

OK. Na pozostałe pytania pani profesor za chwilkę odpowie pan prezes.

Chciałbym odpowiedzieć pani poseł Gelert, ponieważ mówiła między innymi o braku standardów. Rzeczywiście, te standardy nie są w tej chwili tak jasno wyrażone w polskim prawie. Mówiłem też we wstępie o tym, że konieczne jest opracowanie standardów w tym obszarze, żeby na te standardy minister zdrowia mógł powołać się w rozporządzeniu koszykowym, że obligatoryjnie mają być stosowane. Natomiast, nie chcemy tego implementować w prawie z różnych powodów.

Pani poseł mówiła również o tym, że konsylium powinno również dotyczyć skierowania na objęcie opieką paliatywną. Tak się dzieje, jeżeli nie ma już innej drogi, bo konsylium między innymi do tego służy, że jeżeli nie ma innej drogi leczenia... Bo główne zadanie konsylium to wyznaczanie dalszej drogi leczenia, na przykład, chemio-, radioterapii, itd. Jeżeli dalszej drogi już nie ma, to oczywiście jest nią później leczenie paliatywne. To jest jasne. Natomiast ogromna większość tych przypadków będzie dotyczyć leczenia naprawczego.

Następne pytania miała pani poseł do NFZ. Za chwilę pan prezes odpowie. Pani poseł Gądek poruszyła niezwykle ważny temat, o którym jeszcze nie mówiliśmy, jakim są mapy potrzeb zdrowotnych, czyli istotnej zmiany ustawowej, która nakazuje opracowanie map potrzeb zdrowotnych zarówno na poziomie wojewódzkim, jak i krajowym. Są to mapy oparte na epidemiologii, na zasobach danego regionu, które wyznaczą zakres jego rozwoju, jeśli chodzi o ochronę zdrowia, i związku z tym zakres kontraktowania Narodowego Funduszu Zdrowia. I przypominam, że pierwszy proces kontraktowania na tej podstawie odbędzie się wiosną 2016 r. Wydaje mi się, że w skrócie to wszystko. Na większość pytań...

Przewodniczący poseł Maciej Orzechowski (PO):

Dziękuję, panie ministrze. Rozumiem, że teraz pan prezes. Bardzo proszę, panie prezesie.

Prezes NFZ Tadeusz Jędrzejczyk:

Pierwsze pytanie, o 1,1, mld zł. To jest oczywiście zwiększenie finansowania podstawowej opieki zdrowotnej w związku ze zwiększonym zakresem badań diagnostycznych, czyli kompetencji lekarza rodzinnego. Oprócz tego, w tej kwocie są również pieniądze, które – jak szacujemy – będą wydane na wystawienie karty. Czyli, to jest jakby częściowo związane z tym tematem. Ten szacunek mówi, że to będzie około kilkadziesiąt milionów, natomiast ostateczny wynik jest trudny do przewidzenia, bo zależy od tego, ile kart diagnostyki i leczenia onkologicznego będzie w POZ wydanych. Wiemy, że do tej pory jest ich 1000, a ile będzie do końca roku, w tej chwili nie sposób wróżyć.

O mapach pan minister wspomniał, więc nie muszę już tego podkreślać, natomiast Fundusz docelowo będzie to robić – tak, jak robił do tej pory – na zasadzie analiz wewnętrznych, czyli, z badania dostępności. W przypadku województwa podkarpackiego

jest to dokładnie opisane, dlaczego i gdzie jest niedostateczny poziom dostępu, który był realizowany, mimo dodatkowych konkursów. To, z czego to wynikało, jest opisane w materiale, który państwu udostępniłem.

Przy okazji deklaruję, że sprawdzimy, dlaczego nie dotarła do państwa całość materiału. My mamy całość. Bbyć może gdzieś po drodze do Komisji dwie kartki złośliwie utknęły. Sprawdzimy to i z obsługą Komisji to zrobimy. Natomiast, mogę zadeklarować, na kiedy możemy dokonać jeszcze bardziej dokładnej analizy dotyczącej opieki paliatywnej, również z kosztami dodatkowymi, ponoszonymi na leczenie. Jest to dość dużo pracy, w związku z tym, myślę, że potrzebowalibyśmy przynajmniej miesiąc, żeby dokładnie zbadać w tym zakresie wydatki na populację pacjentów objętych opieką paliatywną.

Zróżnicowanie stawek – jak o tym wspomniałem – wynika z kilku sytuacji. Po pierwsze, oddziały wojewódzkie otrzymują różne kwoty, zgodnie z algorytmem, czyli rozporządzeniem ministra zdrowia, w związku z czym już na starcie kwoty są zróżnicowane. Po drugie, również wydatki są zróżnicowane w poszczególnych rodzajach. Wynika to oczywiście z planów i z celów jakie Fundusz w danym oddziale przyjmuje, ale również z potencjału świadczeniodawców, bo to również – nie ma co ukrywać – wpływa na poziom wynagrodzenia. Te stawki będą się różnić również dlatego, że oddziały w różnym czasie przeprowadzały konkursy, w wyniku których ostatecznie zawarte zostały umowy na różne ceny. W miarę posiadanych środków staramy się podnosić najniższe wyceny w skali kraju. Nie w każdym zakresie udaje się to w stu procentach, w związku z czym te różnice będą nadal, nawet po wejściu w życie nowych wycen związanych z Agencją Oceny Technologii Medycznych, ponieważ pozostanie sam sposób zawierania umów, czyli postępowanie konkurencyjne o środki z Narodowego Funduszu Zdrowia. Jest rożna demografia – są województwa, w których populacja jest zdecydowanie młodsza od innych, i tam potrzeby mogą być inne w stosunku do województw starszej populacji.

A odnośnie do pytania dotyczącego zmiany planu finansowego, czy jeszcze te różnice, które wynikają... Nie chcę mówić o tym w tej chwili, bo wyjaśnienie tego po kolei zajęłoby dużo czasu. Trzy pełne zmiany planu były realizowane w drugiej połowie roku, również z udziałem Komisji Zdrowia. Pokazywaliśmy, że część tych pieniędzy wynikła z większych niż planowaliśmy w zeszłym roku przychodów ze składek. Te pieniądze były podzielone. Ostatecznie oddziały wojewódzkie decydują o podziale w poszczególnych zakresach. Dlatego mogły być różnice w poszczególnych datach. W każdym razie przy każdym pytaniu podajemy konkretną datę, w której ten plan finansowy funkcjonuje. Plan finansowy, czyli maksymalny poziom wydatków, który określa zarządzenie dotyczące planu finansowego. Dlatego mówię, że trudno porównywać plan na przyszły rok z wykonaniem tegorocznym, a tym bardziej z poprzednimi laty, ponieważ nie są to kwoty zamknięte. Żeby to porównanie było ostatecznie „twarde”, to trzeba porównać wykonanie z wykonaniem albo plan z planem, bo inaczej porównujemy żyrafę ze słoniem. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Maciej Orzechowski (PO):

Dziękuję, panie prezesie. A teraz, prosiłbym... To znaczy, jeśli są pytania, prosiłbym o naprawdę jednominutowe wypowiedzi, od razu z sugestią, że zabieramy czas państwu gościom, a tego czasu na tym posiedzeniu Komisji mamy coraz mniej. Bardzo proszę, trzy dodatkowe pytania po jednej minucie. Pani poseł Kłosin.

Poseł Krystyna Kłosin (PO):

Dziękuję bardzo, panie przewodniczący. To nie pytanie. Mam prośbę do osób, które przygotowały prezentacje, czy byłaby możliwość, żeby nam je przesłać za pośrednictwem sekretariatu na nasze skrzynki mailowe. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Maciej Orzechowski (PO):

Dziękuję. Pani poseł Hrynkiewicz i pan poseł Sprawka.

Poseł Józefa Hrynkiewicz (PiS):

Moje pytanie jest krótkie i proste. Dlaczego wyłączyliście opiekę paliatywną z pakietu onkologicznego? Prosiłam o podanie kryteriów, które wzięliście pod uwagę robiąc to. To, pierwsze pytanie.

A drugie pytanie też było bardzo proste. Dotyczyło ono działań regulacyjnych ministra zdrowia w stosunku do województwa podkarpackiego jeśli chodzi o opiekę hospicyjną. Naprawdę, już prościej i krócej nie mogę zadać pytań. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Maciej Orzechowski (PO):

I pan poseł Sprawka.

Poseł Lech Sprawka (PiS):

Ja obu panom ministrom zadawałem to samo pytanie – zarówno ministrowi zdrowia, jak i prezesowi NFZ. W materiale jest kwota 382,703 mln zł na opiekę paliatywną i hospicyjną. Z którego planu finansowego jest ta informacja? Proszę podać plan finansowy, który obejmuje tę kwotę. Skąd jest ta kwota?

Przewodniczący poseł Maciej Orzechowski (PO):

Dziękuję. Proszę albo o krótkie odpowiedzi ze strony resortu, albo o odpowiedzi pisemne na te dwa pytania, bo pani poseł Kłosin miała prośbę. Jaka decyzja, panie ministrze? Krótko czy pisemnie?

Podsekretarz stanu w MZ Piotr Warczyński:

Pani poseł Hrynkiewicz, pani profesor, ja na to pytanie dzisiaj odpowiadałem już dwa razy. Rozumiem, że pani moja odpowiedź nie satysfakcjonuje. Jeżeli pani zechce, odpowiemy na to pisemnie, szerzej i bardziej dokładnie.

Przewodniczący poseł Maciej Orzechowski (PO):

Poprosiłbym o odpowiedź pisemną. Panie prezesie, jeszcze odnośnie do analitycznych pytań pan posła Sprawki dotyczących kwot w budżecie...

Prezes NFZ Tadeusz Jędrzejczyk:

Odpowiemy na piśmie. Jak mówię, jest to stan na dzień... On może się zmienić, ponieważ...

Przewodniczący poseł Maciej Orzechowski (PO):

Dobrze. Prosiłbym, żeby posłowie otrzymali te odpowiedzi, ponieważ pani poseł Mucha mówiła, że zadawała pytania i nie otrzymywała odpowiedzi. Rozumiem, że to jest zobowiązanie. Jeśli nie, to na kolejnym posiedzeniu Komisji państwo przypomną to odpowiednim ministrom.

Mamy jeszcze 25 minut. Prosiłbym o pytania lub wystąpienia ze strony społecznej. Niestety, będą musiał również limitować czas do trzech minut. Proszę się przedstawiać, bo to jest protokołowane, a my nie wszystkich gości znamy. Bardzo proszę.

Konsultant wojewódzki w dziedzinie medycyny paliatywnej Iwona Filipczak-Bryniarska:

Panie przewodniczący, Wysoka Komisjo, szanowni państwo, Iwona Bryniarska; z jednej strony, jestem konsultantem wojewódzkim w dziedzinie medycyny paliatywnej dla województwa małopolskiego, a drugiej strony – kierownikiem oddziału w szpitalu uniwersyteckim, którego dyrekcja stanęła jesienią przed ścianą i zapowiedziała, że jeżeli w perspektywie nadal tak będzie wyglądać finansowanie w oddziałach, szpitalach ostrych, to nie będzie możliwości prowadzenia takiej działalności. Nie chciałabym tutaj poruszać wielu kwestii...

Pierwsza sprawa, to problem konsyliów. Pan minister był uprzejmy zauważyć, że pacjenci, jeżeli nie spełniają kryteriów to trafiają do medycyny paliatywnej, mówiąc wprost, tylko że jesteśmy pominięci i nie mamy żadnego specjalisty, który kwalifikowałby pacjenta do leczenia objawowego w trakcie leczenia choroby onkologicznej. Proszę, żeby państwo byli uprzejmi zauważyć, że mówi o tym również definicja i gros chorych, którzy trafiają do nas, jest w trakcie leczenia onkologicznego.

My jesteśmy na jednym poziomie z oddziałem onkologii, wzajemnie służymy sobie pomocą i chorzy z powodu rozlicznych objawów, które towarzyszą chorobie, szczególnie dolegliwości bólowych, które wymagają niekiedy zabiegowych procedur bólowych, są przyjmowani do stabilizacji stanu, po to, żeby leczenie onkologiczne mogło być dalej prowadzone. To wiąże się również z ogromnymi nakładami finansowymi. I nie jest prawdą, że nie powinniśmy wykonywać różnych procedur. My jesteśmy lekarzami przygotowa-

nymi, specjalistami, i wiemy, że jeżeli pacjent w danym momencie tego wymaga, bo stan jego jest stabilny i kwalifikuje się z powodu określonych objawów do przetoczenia krwi, włączenia antybiotyku, to musimy te procedury u nich wykonać. A to wiąże się z dużymi nakładami finansowymi. Również indywidualna terapia przeciwbólowa wiąże się z dużymi nakładami finansowymi, podobnie zabezpieczenie pacjentów w trakcie paliatywnej radioterapii. Oczywiście, pacjenci jeżdżą na zabiegi do pracowni radioterapeutycznej, natomiast my bierzemy za nich odpowiedzialność. W związku z tym my w konsylium nie jesteśmy brani pod uwagę i nie mamy możliwości w tym uczestniczyć.

Proszę państwa, jeśli chodzi o nadwykonania, oczywiście, staramy się, żeby kolejek nie było. Nadwykonania mamy, ale dostajemy za to 70% – tak jest w województwie małopolskim – czyli, niskie kwoty. Zatem, przy niedoszacowaniu, jeżeli z 210 zł dostaniemy 70%, to – proszę zauważyć – dalej się zadłużamy.

Ja przygotowałam prezentację – z powodu braku czasu nie będę mówić – i analizę kosztów w naszym oddziale szpitalnym, gdzie jest bardzo jasno wykazane – te wartości są porównywalne z tym, co pani prof. Ciałkowska z zespołem była uprzejma przygotować w 2012 r. – że koszty osobowe najniższych naszych stawek przy wymogach NFZ, jeżeli chodzi o zatrudnienie, to 47-48%, czyli naprawdę na wejściu mamy dylemat, co możemy u pacjenta potencjalnie zrobić za kwotę, którą dostajemy, bo to starcza na pokrycie najniższych kwot dla minimalnych wymogów zatrudnienia.

Proszę państwa, chciałabym jeszcze jedną rzecz powiedzieć...

Przewodniczący poseł Maciej Orzechowski (PO):

Prosiłbym o konkluzję. Panie przewodniczący, bardzo bym prosił, jeżeli ma pan jakieś pytanie, proszę się zwrócić do mnie, to udzielę panu głosu, bo takie mówienie poza mikrofonem całkowicie destruuje dzisiejsze spotkanie. Bardzo proszę, pani doktor.

Konsultant wojewódzki Iwona Filipczak-Bryniarska:

Chciałabym jeszcze powiedzieć o grupie chorych, którą my najwięcej się opiekujemy, czyli o pacjentach onkologicznych. U nas wyleczenie pacjentów to średnio 42%. W Europie i Stanach są to wartości wyższe. I proszę pamiętać, że 30% chorych na początku to IV stopień zaawansowania choroby nowotworowej, czyli praktycznie to już są pacjenci paliatywni. Oczywiście, nie wszyscy zareagują na leczenie zgodnie z oczekiwaniami, a u większości tych, którzy odniosą korzyść, będzie kolejny nawrót choroby. Są też nowotwory, które na wejściu, po diagnostyce, są kwalifikowane do leczenia paliatywnego. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Maciej Orzechowski (PO):

Dziękuję bardzo. Bardzo proszę panią o przedstawienie się i o pytania.

Zastępca dyrektora do spraw ekonomiczno-administracyjnych Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Szpitala Wojewódzkiego w Jeleniej Górze Beata Bokiej:

Dzień dobry. Dziękuję bardzo. Nazywam, się Beata Bokiej. Reprezentuję Szpital Wojewódzki – nazwa jest bardzo długa – w Jeleniej Górze. Proszę państwa, jestem drugą stroną, czyli przedstawicielem świadczeniodawców, czyli tych, co leczą – 860 łóżek, POZ, specjalistyka, szpital i medycyna paliatywna. Zresztą, nie o to chodzi. Chciałabym tylko zwrócić na to uwagę, że mamy pewne rozwiązania, o których zaakceptowanie lub rozważenie prosimy nie z tego względu, żebyśmy mieli więcej pieniędzy, tylko, żeby tym cierpiącym pacjentom było łatwiej przeżyć w tych trudnych chwilach, i ich rodzinom.

Ja nie jestem lekarzem, jestem ekonomistą – zajmuję się organizacją zdrowia. Jak wyglądają realia? Kolejki oczekujących. My nie mamy dostępu do materiałów, które państwo przedstawili, ale chyba występuje jakaś dysproporcja, ponieważ pacjenta można zapisać do kolejki oczekujących, kiedy skończy proces hospitalizacji, leczenia. W związku tym pacjent przebywający na oddziale szpitalnym, na jednym z moich 865 łóżek, dopóki nie zostanie wypisany, nie jest w kolejce oczekujących do opieki paliatywnej. My go nie wypiszemy, jeśli nie ma tego miejsca. Mamy 39 miejsc w medycynie paliatywnej. Narodowy Fundusz Zdrowia zdecydował się – mówię w cudzysłowie, państwo mnie rozumieją – „zakupić” 29 łóżek. Przyjmujemy na te oddziały 80% pacjentów szpitalnych, z naszego

szpitala. Pacjenci, którzy są poza szpitalem, nie mają praktycznie szans. Nie doczekają w tej kolejce. Dlatego bardzo proszę o zweryfikowanie informacji dotyczących kolejek oczekujących, bo to fałszuje obraz.

Ponadto, informacja dotycząca nadwykonań. W sytuacji naszego szpitala – jesteśmy dużą jednostką – mamy niezapłacone 600 tys. zł. My dalej to realizujemy, nie blokujemy tych świadczeń, bo taka jest struktura. Jednak, proszę państwa – o czym było mówione, na przykład, te świadczenia do sumowania, to jest żywienie pozajelitowe – gdyby była możliwość przetaczania krwi, sytuacja byłaby następująca. Żeby pacjentowi podać krew, trzeba go wypisać z oddziału medycyny paliatywnej i zapisać, na przykład, do oddziału wewnętrznego. Tam trzeba podać jednostkę chorobową, tak zwane JGP, podać krew i wypisać. Jeden dzień tu niepłacony i jeden dzień tam niepłacony. Gdy zwalania się miejsce na oddziale medycyny paliatywnej, to miejsce nie czeka na tego pacjenta, który poszedł na inny oddział. Natychmiast trzeba przyjąć kogoś, kto jest w kolejce oczekujących, a pacjent dostał krew – jeżeli tak mówimy – i chciałby wrócić, rodzina chciałaby, żeby wrócił lub oddział chirurgii onkologicznej, laryngologiczny, przeróżne, chciałyby oddać tego pacjenta na oddział medycyny paliatywnej, gdzie koszt jest zdecydowanie niższy, ale nie można. Kiedy pacjent z oddziału medycyny paliatywnej ponownie wymaga przetoczenia krwi, to nie można go przyjąć na oddział wewnętrzny, ponieważ 14 dni blokuje możliwość przyjęcia na ten sam oddział na hospitalizację. Czy mamy u niego wymyślić zapalenie ucha?

Ukróćmy te kurioza. Nie chcemy nic więcej. Uprośćmy to. Nie męczmy pacjentów, którzy są wożeni na łóżkach po szpitalu. Nie męczmy rodzin, które chodzą za tymi pacjentami, bo ich nie znajdą w tym szpitalu. To jest prosta rzecz i uprzejmie prosimy państwa o rozważenie tej sytuacji.

Ponadto jest taka sytuacja. Pan minister wspomniał o pilnej potrzebie stworzenia map zapotrzebowania zdrowotnego. Jednak są też takie sytuacje występujące akurat w naszym województwie dolnośląskim – ale sądzę, że w ogóle w Polsce – że są wolne łóżka, jest zbudowana baza dla opieki paliatywnej. Jeżeli jest taka potrzeba, to grzechem zaniechania jest nieskorzystanie z tego. Były tu prezentowane, między innymi, moje dane dotyczące kosztów obsługi. Oddział medycyny paliatywnej jest zdecydowanie tańszy od kosztów utrzymania oddziałów zachowawczych. Mam dwudziestoletnią praktykę kierowania dużymi jednostkami, i to potwierdzam.

Proszę państwa, jest jeszcze jedna sytuacja. Narodowy Fundusz Zdrowia, i bardzo dobrze, określa kryteria przyjęcia do oddziałów medycyny paliatywnej. Tam nie znajdują się pacjenci z ulicy, którzy by tego chcieli, czy jak by tego chciały rodziny. Są jasno określone trudne kryteria do spełnienia. Te kryteria w 80% bazują na jednostkach onkologicznych – na przypadkach onkologicznych. Zgadzam się z panem ministrem, że możliwe, że trzeba stworzyć...

Przewodniczący poseł Maciej Orzechowski (PO):

Proszę o konkludowanie...

Zastępca dyrektora do spraw ekonomiczno-administracyjnych SPZOZ Szpitala Wojewódzkiego w Jeleniej Górze Beata Bokiej:

Tak jest. Ostatnie dwa zdania. ...ale, z drugiej strony, jest taki materiał, który posiadamy, który sprawozdajemy do Narodowego Funduszu Zdrowia oraz kryteria NFZ, dane historyczne, namacalne, o tym, gdzie można dzisiaj, jutro – może przesadzam – wprowadzać te nielimitowane świadczenia.

I ostatnie zdanie. Fundusz w województwie dolnośląskim płaci dziennie 200 zł. Określa też koszty zatrudnienia wyspecjalizowanego lekarza, pielęgniarek po kursach i psychologa. W mojej jednostce koszty płacy tego personelu przypadające na jednego pacjenta na jeden dzień to 228 zł. Powtarzam, Fundusz płaci 200 zł. Podajemy leki, materiały medyczne i diagnozujemy z długu. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Maciej Orzechowski (PO):

Dziękuję bardzo. Proszę następną osobę. Jeszcze dwie osoby. Pani wypowiadała się. Bardzo proszę.

Członek Zarządu Fundacji Hospicjum Onkologiczne im. Świętego Krzysztofa w Warszawie Rafał Krajewski:

Witam, panie przewodniczący. Dzień dobry państwu. Nazywam się Rafał Krajewski i reprezentuję Fundację Hospicjum Onkologiczne im. Świętego Krzysztofa w Warszawie. Jestem kierownikiem ZOZ-u.

Proszę państwa, kilka kwestii. Było powiedziane, że płacimy 40 zł w poradni medycyny paliatywnej. Dla zobrazowania chciałbym powiedzieć, ile pieniędzy w Warszawie wydaje się na poradnie medycyny paliatywnej „zusammen do kupy" – jak się mówi.

Czy wiedzą państwo, za ile zakontraktowano świadczeń na drugie półrocze 2014 r.? Za 14 tys. zł – dla poradni medyny paliatywnej. To jest 1,5, może 2 porady dziennie na dwumilionową metropolię. O czym więc tu rozmawiamy? O lakierowaniu rzeczywistości. Przy czym wymagania są takie w materiałach szczegółowych – kiedyś mówiło się „materiały szczegółowe", teraz w zarządzeniu prezesa w zakresie warunków wykonywania świadczeń – że trzeba mieć lekarza w pełnym wymiarze czasu pracy, pielęgniarkę w pełnym wymiarze czasu pracy i psychologa w pełnym wymiarze czasu pracy. Wprawdzie są to świadczenia w zakresie AOS – ambulatoryjnej opieki specjalistycznej – ale ci państwo, którzy stykają się z ochroną zdrowia, wiedzą, że są to wymagania dużo ostrzejsze niż w pozostałym AOS, gdzie pielęgniarka jest na pół wymiaru czasu pracy lekarza, a o psychologu w ogóle nie ma mowy. I dostajemy średnio 40 zł za poradę – jest to przedział między trzydzieści kilka złotych a 48 zł – jak pan prezes był łaskaw powiedzieć – przy czym wymagania są ostrzejsze jeśli idzie o personel i koszty są większe, a w AOS mamy porady W i Z, czyli, między innymi, porady diagnostyczno-zabiegowe, gdzie zwraca się pieniądze za diagnostykę. Tu nie ma mowy o zwracaniu pieniędzy za diagnostykę, a diagnostyka jest, zaręczam państwu.

A teraz, jeśli chodzi o jeszcze jeden głos, dotyczący finansowania świadczeń, co jest obowiązkiem państwa, bo to wynika z ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz z aktów towarzyszących, między innymi, rozporządzeń ministra zdrowia w zakresie świadczeń gwarantowanych – trudno powiedzieć, proszę państwa, żeby urzędy wywiązywały się ze swoich obowiązków finansowania świadczeń w zakresie medycyny paliatywnej. Chcę powiedzieć przy okazji, że na oddziałach medycyny paliatywnej, w tak zwanych hospicjach stacjonarnych, są koszty stałe, i są to koszty porównywalne z oddziałami wewnętrznymi. Mogę powiedzieć, że ze wszystkimi kosztami – nie liczę kosztów zarządu, mojego wynagrodzenia i wynagrodzenia pracowników biurowych – te koszty będą na poziomie 320-330 zł dziennie, przy czym w granicach 270-280 zł dziennie to wynagrodzenie personelu medycznego. Do tego dochodzi pełne spektrum związane z podawaniem leków. To nie tylko Durogesic czy morfina, proszę państwa. Tak sobie tego nie wyobrażajmy. Nie tak wygląda medycyna paliatywna. To jest normalne leczenie. Jeśli pacjent zachoruje, podaje się mu także antybiotyk, a antybiotykoterapia – wiedzą państwo doskonale – jest droga.

W związku z tym, to, co tu dzisiaj mówimy o wzrastających nakładach na medycynę paliatywną, to jest troszeczkę lakierowanie rzeczywistości. W rzeczywistości z roku na rok powiększa się strata, którą generujemy jako hospicja stacjonarne, jako medycyna paliatywna. A to dlatego, że – paradoksalnie – im większe kontrakty będziemy dostawać, tym większe straty będziemy generować z winy NFZ, który nie potrafi wycenić w sposób należyty...

Przewodniczący poseł Maciej Orzechowski (PO):

Panie doktorze, prosiłbym o konkluzję, bo jeśli mamy uzyskać...

Członek Zarządu Fundacji Hospicjum Onkologiczne im. Świętego Krzysztofa w Warszawie Rafał Krajewski:

Konkluzja – prośba jest następująca, bo odwołujemy się do mitycznej Agencji wyceny świadczeń itd. A czy nikt nie wyceniał świadczeń? Proszę państwa, wyceńmy wreszcie porządnie świadczenia w zakresie medycyny paliatywnej. To jest pierwszy wniosek.

Drugi wniosek – oczywiście, nielimitowane… Powiedzenie o tym, że jest plan finansowy... A pakiet onkologiczny jest limitowany? Nie jest limitowany. A porodówki są limitowane? Nie są limitowane. W związku z tym, nie ma tu żadnej różnicy. Proszę nam

zapłacić za nasze nadwykonania w stu procentach, i to jest jeden postulat, jaki tu mam. Dziękuję uprzejmie.

Przewodniczący poseł Maciej Orzechowski (PO):

Dziękuję bardzo. I ostatni głos, żeby jeszcze pan minister i pan prezes mogli państwu dopowiedzieć. Wiem, że pani się zgłaszała. Czy od razu możemy udzielić... Bardzo proszę, minuta.

Prezes Stowarzyszenia Hospicjum Łódzkie Aleksandra Ciałkowska-Rysz:

Tylko jedna rzecz, która może dla niektórych nie jest oczywista – my nie jesteśmy opieką terminalną, tylko opieką paliatywną, która jest świadczeniem medycznym specjalistycznym, czyli zapewniającym pełne leczenie objawowe każdemu pacjentowi, który ma zaawansowany proces chorobowy. Czyli, jeżeli pacjent ma chorobę nowotworową i objawy, może do nas się zgłosić. I, zgodnie z definicją WHO, która istnieje od 2012 r., czyli ponad 10 lat, tak wygląda medycyna paliatywna.

Chciałabym jeszcze zwrócić uwagę na drugą rzecz. Proszę państwa, mówimy – 10 mln w tę, 10 mln w tamtą, natomiast – jak tu pan prezes powiedział – opieką objętych było 100 tys. pacjentów. Ja mam dane, że trochę mniej, ale między 90 tys. a 100 tys. pacjentów rocznie z opieką paliatywną się styka i na to przeznaczono mniej niż 400 mln zł. Co to jest za budżet? Jest to budżet jednego dużego szpitala. Czy tak? Myślę, że to jest mniej więcej tyle. Co możemy zapewnić za te pieniądze – mniej niż 400 mln zł? Naprawdę nie da się zapewnić godnej opieki. W 2011 r. było powiedziane...

Przewodniczący poseł Maciej Orzechowski (PO):

Pani doktor, miała być minuta, naprawdę...

Prezes Stowarzyszenia Hospicjum Łódzkie Aleksandra Ciałkowska-Rysz:

Tak. Bardzo dziękuję.

Przewodniczący poseł Maciej Orzechowski (PO):

Udzielę jeszcze głosu panu, ale też proszę minutę, bo nie uzyskają państwo odpowiedzi ze strony resortu na zadane pytania.

Przedstawiciel Porozumienia Hospicjów Dolnośląskich Maciej Sokołowski:

Maciej Sokołowski. Proszę państwa, było powiedziane, że są bardzo małe kolejki do opieki paliatywnej i hospicyjnej. To prawda, ponieważ mamy bardzo duże nadwykonania, których nie widać w kolejkach. Staramy się nie trzymać w kolejce pacjentów w stanie terminalnym, których boli, ponieważ to wynika z ustawy o prawach pacjenta, którą państwo przyjęli. My realizujemy prawa pacjenta. Prosimy, żeby to traktować jako świadczenia nielimitowane. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Maciej Orzechowski (PO):

Dziękuję bardzo. Panie ministrze, panie prezesie, proszę o ustosunkowanie się do tych pytań. Informuję również panie i panów posłów, że odnośnie do poruszanych przez państwa i naszych gości problemów mogą państwo składać zapytania do ministra zdrowia. Bardzo proszę, panie ministrze.

Podsekretarz stanu w MZ Piotr Warczyński:

Dziękuję, panie przewodniczący. Chciałbym na koniec złożyć deklarację naszej otwartości i chęci do współpracy z państwem i tego, żebyśmy mogli się spotkać i te wszystkie problemy przedyskutować, ponieważ o części z nich dowiedzieliśmy się tutaj, na tej sali. Część z nich – jak widzę – można rozwiązać wyłącznie na drodze zmian organizacyjnych, część wymaga, oczywiście, zastanowienia się, natomiast zmiany finansowe wymagają naprawdę dogłębnej analizy – sami państwo o tym doskonale wiedzą. Natomiast, oczywiście, państwo mają z nami kontakt, my z państwem mamy, a jeżeli nie, to po posiedzeniu Komisji poprosimy o te kontakty. Z panią profesor, oczywiście, mamy kontakt i od czasu do czasu się widujemy i będziemy się zresztą widywać dość systematycznie w Radzie do Spraw Onkologii, więc zapraszam. Na pewno część z tych problemów uda się skutecznie rozwiązać. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Maciej Orzechowski (PO):

Panie prezesie, bardzo proszę.

Prezes NFZ Tadeusz Jędrzejczyk:

Myślę, że pan minister zakończył te wypowiedzi...

Przewodniczący poseł Maciej Orzechowski (PO):

Dobrze. W takim wypadku udzieliłbym jeszcze głosu panu przewodniczącemu Hocowi, bo nie zabierał głosu, a prosił mnie o to na koniec. Prosiłbym tylko o trzyminutową wypowiedź.

Poseł Czesław Hoc (PiS):

Dziękuję bardzo. Przepraszam, że z przyczyn obiektywnych nie mogłem być na posiedzeniu od początku. Powiem oczywiście w wielkim skrócie, że na pewno nie możemy zakończyć tego posiedzenia Komisji w ten sposób, to znaczy, że pan minister przedłożył deklarację, że będzie się nad tym zastanawiać itd. Ta sprawa jest tak poważna i dramatyczna, że nie można zakończyć posiedzenia Komisji tylko takim stwierdzeniem.

Będę mieć wniosek formalny. Jeśli on nie przejdzie, to zgłoszę drugi wniosek, również formalny, żeby tego posiedzenia Komisji nie zamykać i dać czas dla pana ministra i dla pana prezesa, żeby za dwa miesiące przedstawili nam plan naprawy i kompleksowego podejścia do sprawy opieki paliatywnej i hospicyjnej. To jest tak nielogiczne i nieetyczne, że opieka hospicyjna nie wchodzi w pakiet onkologiczny, że nie da się tego wytłumaczyć. Bo jak można sobie wytłumaczyć, że pacjentowi przychylamy nieba, diagnozujemy, jest terapia, a potem, jak coś nie wyjdzie, zostawiamy go na pastwę losu. Przecież to jest nieludzkie. To już nie tylko niemerytoryczne, niehumanitarne, ale w kategoriach czysto ludzkich jest to niemożliwe. Dlatego – tak będę proponować we wniosku formalnym – dajemy państwu dwa miesiące... Bo myślałem, że państwo przyjdą i powiedzą – słuchajcie, opieka hospicyjna nie weszła w pakiet onkologiczny z niedopatrzenia, z nieporozumienia, zapomnieliśmy – a nie, że będą państwo bronić tak absurdalnej sprawy, bo tego nie da się obronić. To, po pierwsze.

Po drugie – teraz już poza pakietem onkologicznym – słyszeli państwo, jak pan minister podał, ile zostało założonych kart. W jednostkach POZ założono niespełna 1000 kart i dostały na to 1,1 mld zł. Dobrze, że dostały, bo się to należało. A szpitale założyły 7 tys. kart, a żadnych pieniędzy nie dostały. Co więcej, uszczupla się ich budżety, bo zamraża się im budżet na pakiet onkologiczny, nie dostają na żadnych koordynatorów do spraw pakietu onkologicznego itd. A AOS-om zabiera się. Napisałem teraz interpelację, że porada początkowa jest niepłatna, pacjent pierwszorazowy niepłatny. Czyli, zabraliście pieniądze AOS-owi i szpitalom, a tam jest najwięcej kart założonych. Musicie więc pójść po rozum do głowy – przepraszam za kolokwializm – że to nie tak. Oczywiście, POZ jest bardzo ważna, najważniejsza, ale opieka innego szczebla też jest ważna. A hospicja? Nawet nie wolno pomyśleć o tym, że są nadwykonania. Jakie nadwykonania? Jak w hospicjum może być nadwykonanie? To jest cywilizacja ratowania życia. Inaczej pójdziemy w otchłań cywilizacji zapuszczonej i starożytnej.

I trzecia sprawa. Gdzie jest rzecznik praw pacjenta, który tak się nagle dopominał, że trzeba pacjentowi dostarczyć dokumentację w ciągu godziny? Gdzież one jest? Gdzie cierpienie człowieka? Gdzie cierpienie ludzkie? Rzecznik praw pacjenta – totalna cisza, ukryty...

Zatem, mój wniosek formalny, panie przewodniczący – przerwanie posiedzenia Komisji Zdrowia i danie szansy panu ministrowi i panu prezesowi Narodowego Funduszu Zdrowia, by pilnie naprawili, w trybie natychmiastowym, to, co jest konieczne, normalne, logiczne i etyczne.

Przewodniczący poseł Maciej Orzechowski (PO):

Panie przewodniczący, pan przewodniczący Latos otwierając posiedzenie Komisji powiedział, że spotkamy się w tej sprawie. Ewaluacja pakietu onkologicznego będzie następować w Komisji Zdrowia w trybie co miesiąc albo co dwa miesiące.

Jeśli chodzi o kwestię wniosków formalnych kłopot polega na tym, że, po pierwsze, posiedzenie Komisji dobiega końca. Po drugie, nie mam kworum, więc przegłosowany

wniosek formalny nie byłby ważny. Jedno, co mogę zrobić, to, zgodnie z tym, jak się umawialiśmy, że posiedzenie będzie trwać do godziny 14.30, zamknąć posiedzenie Komisji...

Poseł Anna Zalewska (PiS):

Przepraszam, ja z wnioskiem formalnym. Po pierwsze, proszę o podanie liczby osób i ustalenie kworum, i powiedzenie głośno o tym. Po drugie, myślę, że to nie wymaga kworum i decyzji, tylko jest zwykłą przyzwoitością. Chciałabym poprosić prezydium Komisji o przesłanie protokołu do rzecznika praw pacjenta, żeby pilnie się zainteresował i zainterweniował...

Przewodniczący poseł Maciej Orzechowski (PO):

Pani poseł, to nie jest wniosek formalny...

Poseł Anna Zalewska (PiS):

...w ministerstwie. To jest wniosek...

Przewodniczący poseł Maciej Orzechowski (PO):

Może go pani skierować do przewodniczącego Komisji, nomen omen z pani klubu.

Poseł Anna Zalewska (PiS):

I jednocześnie chciałabym prosić prezydium Komisji o to, żeby podczas spotkań – bo mam nadzieję, że wciągu najbliższych tygodni się odbędą – pan minister był tak uprzejmy i poinformował o tym prezydium, a prezydium zainteresowanych członków Komisji, dlatego, że ja chciałabym być na tym spotkaniu.

Przewodniczący poseł Maciej Orzechowski (PO):

To również nie jest wniosek formalny. Prosimy sekretarza o przeliczenie obecnych osób na sali ze strony Komisji Zdrowia i podanie, czy jest kworum.

Sekretarz Komisji Maria Taurogińska-Kopeć.

Jest obecnych 12 osób, a kworum wynosi 13.

Przewodniczący poseł Maciej Orzechowski (PO):

Dziękuję bardzo. Zamykam posiedzenie Komisji.